Vertragsinformation

UnfallGiro XL – die Unfallversicherung

Stand: 01.05.2020

Continentale Sachversicherung AG
Ein Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit
Direktion: Continentale-Allee 1, 44269 Dortmund
www.continentale.de

Inhalt:

		Seite
UnfallGiro XL – die Unfallversicherung der Continentale		**2**
1	Wichtige Hinweise und Verhaltensregeln im Schadenfall	3
2	Tarifbestimmungen mit Berufs- und Gefahrengruppenverzeichnis	4
3	Bedingungen	8
4	Weitere Besondere Bedingungen und Zusatzbedingungen (diese haben nur Gültigkeit, wenn sie ausdrücklich vereinbart sind)	43
5	Information nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen	58
6	Anzeige der Heirat bzw. der Geburt oder Adoption im Rahmen der beitragsfreien Familien-Vorsorge-Versicherung in der Unfallversicherung	61
UnfallGiroVita XL – die Unfallversicherung mit Hilfs- und Pflegeleistungen der Continentale		**62**
1	Wichtige Hinweise und Verhaltensregeln im Schadenfall	63
2	Tarifbestimmungen	64
3	Bedingungen	65
4	Weitere Besondere Bedingungen (diese haben nur Gültigkeit, wenn sie ausdrücklich vereinbart sind)	68
5	Information nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen	84
UnfallGiroTeam XL – die Gruppen-Unfallversicherung der Continentale		**87**
1	Wichtige Hinweise und Verhaltensregeln im Schadenfall	88
2	Bedingungen	90
3	Weitere Besondere Bedingungen (diese haben nur Gültigkeit, wenn sie ausdrücklich vereinbart sind)	93
4	Information nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen	107

UnfallGiro XL – die Unfallversicherung der Continentale

		Seite
1	**Wichtige Hinweise und Verhaltensregeln im Schadenfall**	**3**
2	**Tarifbestimmungen mit Berufs- und Gefahrengruppenverzeichnis**	**4**
3	**Bedingungen**	**8**
	Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale)	8
4	**Weitere Besondere Bedingungen und Zusatzbedingungen (diese haben nur Gültigkeit, wenn sie ausdrücklich vereinbart sind)**	**43**
	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 225 Prozent (BB Progression 225 %)	43
	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 350 Prozent (BB Progression 350 %)	43
	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 500 Prozent (BB Progression 500 %)	44
	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 1000 Prozent (BB Progression 1000 %)	45
	Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für bestimmte Berufsgruppen in der Unfallversicherung (Spezialgliedertaxe)	45
	Besondere Bedingungen für die Versicherung von Reha-Leistungen in der Unfallversicherung (Reha-Service)	46
	Besondere Bedingungen für die Versicherung von Betreuungsleistungen in der Unfallversicherung (Betreuungs-Service)	48
	Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen in der Unfallversicherung (Hilfs-Service)	50
	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag um mindestens 5 Prozent	54
	Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle	55
	Zusatzbedingungen für die Versicherung einer Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit in der Unfallversicherung	56
	Zusatzbedingungen für die Familien-Vorsorge-Versicherung in der Unfallversicherung	57
5	**Information nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen**	**58**
6	**Anzeige der Heirat bzw. der Geburt oder Adoption im Rahmen der beitragsfreien Familien-Vorsorge-Versicherung in der Unfallversicherung**	**61**

Diese Vertragsinformation erhalten Sie gemäß § 7 des Versicherungsvertragsgesetzes und der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen.

Damit erfüllen wir unsere Verpflichtung als Versicherer, Sie vorab über die Inhalte Ihres Vertrags zu informieren. Bitte lesen Sie deshalb diese Vertragsinformation sorgfältig durch. Sie sollten diese immer gemeinsam mit dem Versicherungsschein aufbewahren.

1 Wichtige Hinweise und Verhaltensregeln im Schadenfall

Was bietet UnfallGiro?

UnfallGiro bietet Ihnen einen ganz besonderen Versicherungsschutz bei Unfällen.

So sind auch Unfälle, die durch einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall verursacht werden, versichert. Leistungen erbringen wir dabei für die Unfallfolgen.

Es besteht ferner Versicherungsschutz für Unfälle, die durch Bewusstseinsstörungen infolge der Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten verursacht werden. Mitversichert sind die Unfallfolgen.

Der Reha-Service unterstützt Sie bei vereinbarten Reha-Leistungen nach schweren Unfällen über einen Zeitraum von drei Jahren und Ihre Kinder bis zu fünf Jahren.

Unter der Leitung eines Reha-Managers sorgt ein erfahrenes Team aus Ärzten, Psychologen und Berufsberatern für die:

– Gezielte Planung der Rehabilitation

– Optimierung des Heilungsverlaufs

– Organisation des sozialen Umfelds

– Berufliche oder schulische Reintegration

Bei vereinbartem Hilfs-Service haben Sie sich für den Fall abgesichert, wenn Sie nach einem Unfall für eine Übergangszeit auf Hilfe angewiesen sind. Die gesetzlich vorgesehenen Leistungen greifen nicht immer und sofort. Deshalb unterstützen wir Sie schnell und unbürokratisch mit genau den Hilfsleistungen, die Sie in dem Moment benötigen. So können Sie sich nach einem Unfall die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit bewahren.

Bei vereinbartem Betreuungs-Service haben Sie sich für den Fall abgesichert, wenn der Unfall des versicherten Kindes zu einem Betreuungsbedarf führt. Die Leistungen umfassen z. B. die Betreuung des versicherten Kindes einschließlich der Hausaufgabenbetreuung für Grundschüler, der Zubereitung von Mahlzeiten, der Hilfe bei der Nahrungsaufnahme und beim An- und Auskleiden sowie der Unterstützung bei der Körperpflege.

Mit Hilfe der vereinbarten Geldleistungen können die finanziellen Auswirkungen von Unfällen aufgefangen werden. Auf die Leistungen der privaten Unfallversicherung werden Zahlungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder Haftpflichtentschädigungen nicht angerechnet.

Wozu verpflichten Sie sich?

Beitragszahlung

Um den Versicherungsschutz ununterbrochen aufrechtzuerhalten, sind die Beiträge pünktlich zu zahlen. Sollte Ihnen dies einmal nicht möglich sein, so wenden Sie sich bitte an uns. Wir sagen Ihnen, wie Sie den Vertrag evtl. in veränderter Form fortführen können.

Was ist im Schadenfall zu beachten?

Ein Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführen wird, ist uns **unverzüglich unter Angabe der Versicherungsnummer anzuzeigen.**

Der einfachste Weg geht über das Telefon: Rufen Sie bei uns an.

Telefon-Nr.: +49 231 919-2313
Dieses Telefon ist 24 Stunden besetzt. Außerhalb unserer Geschäftszeiten steht Ihnen ein Anrufbeantworter zur Verfügung.

Selbstverständlich können Sie uns auch über Telefax erreichen.

Telefax-Nr.: +49 231 919-2522

Zudem ist unverzüglich nach dem Unfall ein Arzt aufzusuchen und die Behandlung bis zum Abschluss fortzusetzen.

Todesfälle sind uns binnen 7 Tagen anzuzeigen, auch wenn der Unfall selbst bereits gemeldet war.

Wie helfen wir Ihnen bei einem Unfall im Ausland?

Unsere Notruf- und Service-Zentrale ist rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr erreichbar.

Telefon-Nr.: **+49 221 9822 9556**

Telefax-Nr.: **+49 40 6945 9761 339**

Mail: ambulance@malteser.org

Steuertipp:

Vorbehaltlich späterer Änderungen gilt:
Die Beiträge zur Unfallversicherung gegen Berufsunfälle können als Werbungskosten gem. § 9 Absatz 1 Satz 1 Einkommensteuergesetz (EStG), gegen außerberufliche Unfälle als Sonderausgaben gem. § 10 Absatz 1 Nr. 2 a EStG steuerlich geltend gemacht werden. Bei einer 24-Stunden-Deckung ist der Gesamtbeitrag für beide Risiken entsprechend aufzuteilen – im Zweifel jeweils 50 Prozent des Gesamtbeitrags.

Die Kapitalleistungen aus der Unfallversicherung sind steuerfrei. Die Unfallrente wird nur mit dem altersabhängigen Ertragsanteil besteuert.

Todesfall-Leistungen an Hinterbliebene sind grundsätzlich erbschaftsteuerpflichtig. Für nahe Angehörige sieht das Erbschaftsteuergesetz aber relativ hohe Freibeträge vor.

2 Tarifbestimmungen mit Berufs- und Gefahrengruppenverzeichnis

Altersgrenzen/Versicherbarkeit

Über den Ablauf des Versicherungsjahres hinaus, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet, kann die Versicherung im vereinbarten Umfang und zu den bisherigen Beiträgen nicht fortgeführt werden (Ziffer 6.3 der AUB 2020 XL der Continentale).

Nicht aufnahmefähig sind Personen mit schweren Beeinträchtigungen (ab Pflegegrad 3) und Personen, die keinen festen Wohnsitz in Deutschland haben.

Zugehörigkeit zum Beamtentarif

Die Zugehörigkeit zum Beamtentarif liegt vor, wenn für den Versicherungsnehmer eine B-Berechtigung in der Kraftfahrzeugversicherung gegeben ist.

B-berechtigt sind auch Mitarbeiter von Pflegediensten, die nach den Kriterien des öffentlichen Dienstes oder einem vergleichbaren Vergütungssystem bezahlen, Mitarbeiter von Energieversorgungsunternehmen und von Betriebs- und Ersatzkrankenkassen.

Die Versicherbarkeit im Beamtentarif erlischt zum Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherungsnehmer aus dem öffentlichen Dienst ausscheidet bzw. sein Dienstverhältnis als Beamter endet. Dies gilt sinngemäß, wenn die Einstufung in den Beamtentarif wegen eines sonstigen Beschäftigungsverhältnisses erfolgt ist. Ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres wird der Vertrag dann auf den Normaltarif umgestellt.

Es bleibt bei der Einstufung in den Beamtentarif, wenn der Versicherungsnehmer in den Ruhestand versetzt wird.

Richtige Gefahrengruppe

Zur Ermittlung des Beitrags muss die versicherte Person in die richtige Gefahrengruppe eingestuft werden.

Gefahrengruppe A

Normales Risiko und nicht Erwerbstätige

Gefahrengruppe B

Besonders unfallgefährdete Berufe

Gefahrengruppe K

Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr

Gefahrengruppe F

Freizeit-Unfallversicherung bei UnfallGiro für Erwerbstätige. Der Abschluss dieser Gefahrengruppe ist nur möglich, wenn die zu versichernde Person gegen Arbeitsunfälle durch eine gesetzliche Unfallversicherung versichert ist oder nach den Versorgungsvorschriften für Beamte und Soldaten gegen Dienstunfälle versichert ist.

Welcher Beruf hat welche Gefahrengruppe?

Einen Auszug der Berufe finden Sie in dem nachfolgenden Berufs- und Gefahrengruppenverzeichnis.

Berufe, die nicht verzeichnet sind bzw. nicht eindeutig auf die Tätigkeit schließen lassen, sind kurz zu beschreiben, damit wir das Risiko prüfen können.

Welche Besonderheiten sind bei Vertragsamateuren bzw. bei Sport gegen Entgelt zu beachten?

Übt die versicherte Person eine Sportart aus, für die sie ein Einkommen (inklusive Prämien, Preisgelder und Aufwandsentschädigungen) erhält, handelt es sich hierbei um einen Vertragsamateur (im Fußball üblich) oder Sport gegen Entgelt.

Die versicherte Person kann dann unter folgenden Voraussetzungen versichert werden:

Das jährliche Gesamteinkommen wird durch 12 geteilt, um das durchschnittliche monatliche Entgelt zu erhalten, welches Grundlage für die folgende Abgrenzung ist.

Sportler mit monatlichem Entgelt bis zur gesetzlich geregelten Minijob-Grenze:

Eine Unfallversicherung kann ohne Einschränkungen abgeschlossen werden.

Sportler mit monatlichem Entgelt über der gesetzlich geregelten Minijob-Grenze:

Eine Unfallversicherung kann mit folgenden Einschränkungen abgeschlossen werden. Für die Leistungsarten Schmerzensgeld und Tagegeld besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle beim Sport, der gegen Entgelt betrieben wird.

Sportler, die mit dem Sport ihren überwiegenden Lebensunterhalt verdienen:

Verdient die versicherte Person mit dem ausgeübten Sport überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 %) ihren Lebensunterhalt (einschließlich Sportförderung und entsprechende Tätigkeit innerhalb von Polizei, Bundeswehr oder ähnlichem), besteht bei UnfallGiro und UnfallGiroVita für alle Leistungsarten kein Versicherungsschutz für Unfälle beim Sport, der gegen Entgelt betrieben wird.

Berufs- und Gefahrengruppenverzeichnis

Abfallbeseitiger . . . . . B
Abgeordneter . . . . . A
Agraringenieur . . . . . A
Altenpfleger . . . . . A
Angestellter im öffentlichen Dienst
– überwiegend Innendienst
(Büro- und Verwaltungstätigkeit) . . . A
– überwiegend Außendienst . . . . . B
Animateur . . . . . A
Apotheker/Apothekenhelfer . . . . . A
Architekt . . . . . A
Artist . . . . . nur F möglich
Arzt . . . . . A
Arzthelfer . . . . . A
Auktionator . . . . . A
Auszubildender . . . . . je nach Tätigkeit

Bäcker . . . . . A
Bademeister . . . . . A
Baggerführer . . . . . B
Bauarbeiter . . . . . B
Bauingenieur . . . . . A
Bautechniker . . . . . A
Bergbauingenieur . . . . . A
Bergbautechniker . . . . . B
Bergleute . . . . . B
Berufsberater . . . . . A
Berufsfeuerwehr . . . . . s. Feuerwehr
Berufskraftfahrer Lkw/Bus . . . . . B
Berufskraftfahrer Pkw
(auch Chauffeur, Taxifahrer) . . . . . A
Berufssportler . . . . . nur F möglich
Berufstrainer (auch Fitness-,
Golf-, Reit-, Tennislehrer etc.) . . . . . B
Bestatter . . . . . A
Betonbauer, -hersteller,
-steinhersteller . . . . . B
Bibliothekar . . . . . A
Bildhauer . . . . . A
Bild- und Tontechniker . . . . . A
Binnenschiffer . . . . . B
biolog.-techn. Laborant . . . . . A
Blechpresser, -schlosser,
-stanzer, -zieher . . . . . B
Bootsbauer . . . . . B
Brauer . . . . . A
Briefsortierer . . . . . A
Brückenbaumeister . . . . . nur F möglich
Buchbinder . . . . . A
Buchhalter . . . . . A
Bühnenbildner . . . . . B
Bundesbahnbediensteter
– überwiegend Innendienst
(Büro- und Verwaltungstätigkeit) . . . A
– überwiegend Außendienst . . . . . B
Bundeswehr
– überwiegend Innendienst
(Büro- und Verwaltungstätigkeit) . . . A
– alle übrigen Truppendienst-
angehörigen . . . . . je nach Tätigkeit
Bundesfreiwilligendienst
– überwiegend Innendienst
(Büro- und Verwaltungstätigkeit) . . . A
– überwiegend Außendienst . . . . . B
Bürofachkraft, Bürogehilfe . . . . . A

Call-Center-Agent . . . . . A
Chemiearbeiter, -betriebswerker,
-facharbeiter, -laborant, -laborwerker,
-techniker . . . . . A
Chemiker . . . . . A
Croupier . . . . . A

Dachdecker . . . . . B
Datenverarbeitungsfachkraft . . . . . A
Dekorateur . . . . . A
Designer . . . . . A
Desinfektor . . . . . B
Detektiv . . . . . A
Diätassistent . . . . . A
Dolmetscher . . . . . A
Dompteur
– Raubtiere . . . . . nur F möglich
– alle Übrigen . . . . . B
Drahtseilmacher, Drahtzieher . . . . . B
Drechsler . . . . . B
Dreher (auch CNC) . . . . . B
Drogist . . . . . A
Drucker, Drucktechniker . . . . . A

Edelmetallschmied . . . . . A
Edelsteinbearbeiter . . . . . A
Einzelhandelskaufleute . . . . . A
Eisenerzeuger . . . . . B
Eisengießer . . . . . B
Elektriker, Elektroingenieur,
-techniker . . . . . A
Elektrogerätebauer, -montierer . . . . . B
Elektromaschinenbauer,
Elektromechaniker,
Elektroteilemontierer . . . . . B
Energieanlagenbauer . . . . . B
Energieanlageninstallateur . . . . . A
Energietechniker . . . . . A
Erzieher . . . . . A
Event-Manager (nur kfm. Tätigkeiten) . . A

Fahrschullehrer . . . . . A
Fassadenreiniger . . . . . B
Feinmechaniker . . . . . A
Fernmeldehandwerker,
-monteur, -techniker . . . . . A
Fernsehmechaniker, -techniker . . . . . A
Fertigungsingenieur . . . . . A
Fertigungstechniker . . . . . B
Feuerwehr
– überwiegend Innendienst
(Büro- und Verwaltungstätigkeit) . . . A
– überwiegend Außendienst . . . . . B
Fischer . . . . . B
Fischverarbeiter . . . . . B
Flachglasmacher . . . . . A
Fleischer, Fleischwarenhersteller . . . . . B
Fliesenleger . . . . . A
Florist . . . . . A
Flugzeugbaumechaniker . . . . . B
Flugingenieur
– ohne Flugrisiko . . . . . A
– mit Flugrisiko . . . . . nur F möglich
Förster, Forstverwalter, Forstwirt . . . . . B
Fotograf . . . . . A
Fotolaborant . . . . . A
Fräser (auch CNC) . . . . . B
freiw. soziales Jahr . . . . . s. Bundes-
freiwilligendienst
Fremdenführer . . . . . A
Fremdsprachenkorrespondent . . . . . A
Friseur . . . . . A
Fuhrunternehmer
keine fahrende Tätigkeit . . . . . A
Fußbodenleger . . . . . A
Fußpfleger . . . . . A

Gabelstaplerfahrer . . . . . B
Galvaniseur . . . . . B
Gartenarchitekt, Gartenbauer,
Gartenbauingenieur, -techniker . . . . . A
Gärtner . . . . . A
Gas-, Wasserinstallateur . . . . . A
Gastwirt . . . . . A
Gebäudereiniger . . . . . B
Gerber . . . . . A
Gerüstbauer . . . . . B
Getränkehersteller . . . . . A
Gießereimechaniker . . . . . B
Gipser . . . . . B
Glasbläser, Glaser, Glasgraveur,
-macher, -maler, -schleifer . . . . . A
Glasreiniger . . . . . B
Gleisbauarbeiter, -bauer . . . . . B
Glockengießer . . . . . B
Grafiker . . . . . A
Graveur . . . . . A
Gummihersteller, -verarbeiter . . . . . B

Handelsvertreter . . . . . A
Hausfrau/Hausmann . . . . . A
Hauswart . . . . . A
Hauswirtschaftler . . . . . A
Hebamme . . . . . A
Heilpraktiker . . . . . A
Heimleiter . . . . . A
Heizungs-, Lüftungs-,
Klimaanlagenbauer . . . . . B
Hochbaufacharbeiter . . . . . B
Hochfrequenztechniker . . . . . A
Holzarbeiter, -fäller, -schnitzer . . . . . B
Hörgeräteakustiker . . . . . A
Hotelfachkraft, Hotelier . . . . . A
Hufschmied . . . . . B
Hüttenfacharbeiter, -techniker . . . . . B

Imker . . . . . A
Industriemeister (nicht Textil) . . . . . B
Informatiker . . . . . A
Informationselektroniker . . . . . A
Innenarchitekt . . . . . A
Isolierfachwerker . . . . . B

Jäger . . . . . B
Journalist . . . . . A
Justiz-/Vollstreckungsangestellter . . . . A
Justiz-/Vollzugsangestellter . . . . . B
Juwelier . . . . . A

Kaminbauer . . . . . B
Kanalbaufacharbeiter . . . . . B
Kassierer . . . . . A
Kaufleute, Großhändler . . . . . A
kaufm. Angestellter . . . . . A
Kellner . . . . . A
Keramiker . . . . . A
Kfz-Elektriker, -Instandsetzer,
-Mechatroniker, -Pfleger,
-Reiniger, -Schlosser . . . . . A
Kindergärtner . . . . . A
Kioskbetreiber . . . . . A
Klempner . . . . . A
Koch/Küchenhilfe . . . . . A
Kommunikationselektroniker . . . . . A

Konditor . . . . . A
Konstruktionsschlosser . . . . . B
Korbwarenmacher . . . . . A
Kosmetiker . . . . . A
Kranfahrer, -führer . . . . . B
Krankengymnast . . . . . A
Krankenpfleger, -schwester . . . . . A
Kunstschlosser . . . . . B
Kunstschmied . . . . . A
Kunststoffdreher, -schlosser, -verarbeiter . . . . . B
Kupferschmied . . . . . A
Kurierdienstfahrer . . . . . B
Kürschner . . . . . A

Lackierer . . . . . A
Lagerarbeiter (nicht Gabelstaplerfahrer) . . . . . A
Lagerverwalter . . . . . A
Landarbeitskraft . . . . . B
Landmaschinenführer, -mechaniker . . B
Landschaftsarchitekt . . . . . A
Landschaftsgärtner . . . . . A
Landwirt . . . . . B
Lebensmittelkontrolleur . . . . . A
Lederhersteller, -verarbeiter . . . . . A
Lehrer an allen Schulen in allen Unterrichtsfächern (Fitness-, Golf-, Reit-, Tennislehrer etc. s. Berufstrainer) . . . . . A
Lokomotivführer . . . . . B
Lotse . . . . . A

Makler . . . . . A
Maler . . . . . A
Mälzer . . . . . A
Marktforscher . . . . . A
Maschinen(Bau)ingenieur . . . . . A
Maschinenbaumechaniker, Maschinenbautechniker, Maschinenschlosser, -wart, Maschinist . . . . . B
Maschinenführer . . . . . B
Masseur . . . . . A
mathem.-techn. Assistent . . . . . A
Maurer . . . . . B
Mechatroniker (nicht Industrie) . . . . . A
Mechatroniker . . . . . B
Mediengestalter . . . . . A
Medizinallaborant . . . . . A
Melker . . . . . B
Messgerätebauer . . . . . A
Metallarbeiter, -bauer, -bearbeiter, -gießer, -prüfer, -zieher . . . . . B
Meteorologe . . . . . A
Metzger . . . . . B
Möbelpacker . . . . . B
Modelltischler, -bauer . . . . . B
Mosaikleger . . . . . A
Müller . . . . . A
Munitions- und Räumtrupps . . . . . nur F möglich
Museumsfachleute . . . . . A
Musiker . . . . . A
Musikinstrumentebauer . . . . . A

Näher . . . . . A
Naturwissenschaftler . . . . . A
Notar . . . . . A

Ofensetzer . . . . . B
Optiker . . . . . A
Orthopädiemechaniker . . . . . A

Papierhersteller, -verarbeiter . . . . . B
Pastor, Pfarrer . . . . . A
Pensionär, Rentner . . . . . A
Pförtner . . . . . A
Pharmareferent . . . . . A
pharmaz.-techn. Assistent . . . . . A
Physiker . . . . . A
Physikingenieur . . . . . A
Pilot
– ohne Flugrisiko . . . . . A
– mit Flugrisiko . . . . . nur F möglich
Plattenleger (nicht Fliesenleger) . . . . . B
Polizei
– überwiegend Innendienst (Büro- und Verwaltungstätigkeit) . . . A
– überwiegend Außendienst . . . . . B
Polsterer . . . . . A
Porzellanmaler . . . . . A
Postverteiler . . . . . A
Praktikant . . . . . je nach Tätigkeit
Präparator . . . . . A
Programmierer . . . . . A
Psychiater . . . . . A

Radiomechaniker . . . . . A
Rangierer . . . . . B
Raumausstatter . . . . . A
Raumpfleger, -reiniger . . . . . A
Rechtsanwalt . . . . . A
Rechtsanwalts- und Notargehilfe . . . . . A
Rechtsberater, -pfleger . . . . . A
Redakteur . . . . . A
Reeder . . . . . A
Regisseur . . . . . A
Rentner, Pensionär . . . . . A
Reiseleiter . . . . . A
Reiseverkehrskaufleute . . . . . A
Rettungsassistent . . . . . B
Richter . . . . . A
Rohrreiniger . . . . . A

Sänger . . . . . A
Sanitäter . . . . . A
Sattler . . . . . A
Schädlingsbekämpfer . . . . . B
Schallschutzisolierer . . . . . B
Schauspieler . . . . . A
Schausteller . . . . . B
Schienenfahrzeugführer . . . . . B
Schiffsmaschinist . . . . . B
Schiffsoffizier (zivil) . . . . . A
Schilderreklamehersteller . . . . . A
Schlosser . . . . . B
Schmied . . . . . B
Schneider . . . . . A
Schornsteinfeger . . . . . B
Schreiner . . . . . B
Schriftsetzer . . . . . A
Schriftsteller . . . . . A
Schrotthändler . . . . . B
Schuhmacher . . . . . A
Schüler
– bis 18 Jahre . . . . . K
– ab 18 Jahre . . . . . A
Schweißer . . . . . B
Seeleute . . . . . B
Sekretär . . . . . A
Solaranlagenbauer . . . . . B
Sozialarbeiter . . . . . A
Sozialpädagoge . . . . . A
Sozialwissenschaftler . . . . . A
Sportgerätebauer . . . . . B
Sprengmeister . . . . . nur F möglich
Staatsanwalt . . . . . A
Statistiker . . . . . A
Steinbildhauer (kein Künstler), Steinbrecher, Steinmetz . . . . . B
Stenotypist . . . . . A
Steuerberater . . . . . A
Steuerfachleute . . . . . A
Steward/Stewardess
– ohne Flugrisiko . . . . . A
– mit Flugrisiko . . . . . nur F möglich
Steward – Schifffahrt . . . . . A
Straßenbauer, -pflasterer, -wart . . . . . B
Student
– bis 18 Jahre . . . . . K
– ab 18 Jahre . . . . . A
Stuckateur . . . . . B
Systemtechniker . . . . . A

Tabakwarenmacher . . . . . A
Tankwart . . . . . A
Tänzer (nicht Berufssport) . . . . . A
Tapezierer . . . . . A
Taucher (beruflich) . . . . . nur F möglich
technischer Zeichner . . . . . A
textilbe- oder verarbeitender Beruf . . . A
Textilreiniger . . . . . A
Therapeut (Beschäftigungs-, Bewegungs-, Psycho-, Seh-, Sprachtherapeut) . . . . . A
Tiefbaufacharbeiter . . . . . B
Tierarzt . . . . . A
Tierarzthelfer . . . . . A
Tierbändiger
– mit Raubtieren . . . . . nur F möglich
– ohne Raubtiere . . . . . B
Tierpfleger
– mit Raubtieren . . . . . nur F möglich
– ohne Raubtiere . . . . . B
Tierwart, -züchter . . . . . B
Tischler . . . . . B
Ton- und Bildtechniker . . . . . A
Transportarbeiter . . . . . B
Treppenbauer . . . . . B
Trockenbaumonteur . . . . . B

Uebersetzer . . . . . A
Uhrmacher . . . . . A
Umschüler . . . . . je nach Tätigkeit
Unternehmensberater . . . . . A
Unternehmer (nur kaufm. Tätigkeiten) . A

Verfahrensmechaniker
– Beschichtungstechnik . . . . . A
– Glastechnik . . . . . A
– Kunststofftechnik . . . . . B
Verkäufer . . . . . A
Verkaufsfahrer . . . . . B
Verleger, Verlagskaufkraft . . . . . A
Vermessungsingenieur . . . . . A
Vermessungstechniker . . . . . A
Verpackungsmittelhersteller . . . . . B
Vertragsamateur . . . . . abhängig von ausgeübter Tätigkeit (s. Besonderheiten zu Vertragsamateuren S. 4)
Vertreter . . . . . A
Verwalter Land- und Tierwirtschaft . . . A
Vulkaniseur . . . . . B

Wachpersonal . . . . . B
Waldfacharbeiter . . . . . B

Warenprüfer . . . . . A
Warensortierer . . . . . A
Weber . . . . . A
Wehrdienstleistender . . . s. Bundeswehr
Werbekaufleute . . . . . A
Werkschutzpersonal . . . . . B
Werkstoffprüfer
– Halbleitertechnik . . . . . A
– Metalltechnik . . . . . B
– Wärmebehandlungstechnik . . . . . A
Werkzeugmacher . . . . . B
Winzer . . . . . B
Wirtschaftsingenieur . . . . . A
Wirtschaftsprüfer . . . . . A
Zahnarzt . . . . . A
Zahnarzthelfer . . . . . A
Zahntechniker . . . . . A
Zeitungsbote, -verleger . . . . . A
Zellstoffmacher . . . . . B
Zementwerker . . . . . B
Zerspanungsmechaniker . . . . . B
Zimmerer . . . . . B
Zollbeamter/-bediensteter
– überwiegend Innendienst
(Büro- und Verwaltungstätigkeit) . . . A
– überwiegend Außendienst . . . . . B
Zugschaffner . . . . . A
Zweiradmechaniker . . . . . A

3 Bedingungen

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale)

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner. Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

		Seite
Der Versicherungsumfang		**9**
1	Was ist versichert?	9
2	Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?	10
2.1	Invaliditätsleistung	10
2.2	Unfallrente Forte	12
2.3	Unfallrente Forte Pro2	13
2.4	Unfallrente Aktiv	15
2.5	Unfallrente Aktiv Pro2	17
2.6	Unfallrente Aktiv Plus	19
2.7	Unfallrente Aktiv Plus Pro2	20
2.8	Unfallrente Komfort	22
2.9	Unfallrente Komfort Pro2	23
2.10	Sofortleistung Plus	23
2.11	Tagegeld	24
2.12	Krankenhaustagegeld Plus	25
2.13	Todesfall-Leistung	25
2.14	Kosten für kosmetische Operationen	25
2.15	Schmerzensgeld	25
2.16	Haushaltshilfegeld	27
2.17	Schulausfallgeld	28
2.18	Rooming-in-Leistung	28
2.19	Zusätzliche Todesfall-Leistung für Vollwaisen	28
2.20	Zusätzliche Todesfall-Leistung bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel	28
3	Welche Leistungen sind generell mitversichert?	29
3.1	Serviceleistungen inklusive Auslands-Assistance und Bergungskosten	29
3.2	Kurkostenbeihilfe	29
3.3	Kosten für psychologische Betreuung	30
4	Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	30
5	Was ist nicht versichert?	30
6	Was müssen Sie – bei vereinbartem Kinder-Tarif – bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung und – bei Vollendung des 70. Lebensjahres beachten?	33
Der Leistungsfall		**34**
7	Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	34
8	Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	35
9	Wann sind die Leistungen fällig?	35
Die Versicherungsdauer		**36**
10	Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?	36
Der Versicherungsbeitrag		**37**
11	Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	37
Weitere Bestimmungen		**38**
12	Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	38
13	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	39
14	Gestrichen	40
15	Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?	40
16	Welches Gericht ist zuständig? An wen können Sie sich bei Meinungsverschiedenheiten wenden?	40
17	Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	41
18	Welches Recht findet Anwendung?	41
19	Wie und unter welchen Voraussetzungen können Bedingungen angepasst werden?	41
20	Embargos	41
21	Garantie: GDV-Musterbedingungen	41

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrages

– weltweit und

– Rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

– ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)

– unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung

erleidet.

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

1.4.1 Vergiftungen oder Erstickungen durch Dünste, Staubwolken oder Gase und Dämpfe

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person zu Vergiftungen oder Erstickungen führenden Dünsten, Staubwolken oder ausströmenden Gasen und Dämpfen

– für eine vorübergehende Zeit (bis zu mehreren Stunden lang)

– unvorhergesehen ausgesetzt ist

– ohne sich diesen aus eigener Kraft entziehen zu können.

Ein Unfall liegt nicht vor, wenn die versicherte Person den schädlichen Stoffen mehrfach über eine längere Zeit oder dauerhaft ausgesetzt war und dadurch eine Gesundheitsbeeinträchtigung (z. B. eine Berufs- oder Gewerbekrankheit) eingetreten ist.

1.4.2 Erfrierungen bzw. Erfrierungstod

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person durch

– ein plötzliches Ereignis unfreiwillig einer Kälteeinwirkung ausgesetzt wird,

– sich dieser aus eigener Kraft nicht entziehen kann und

und somit Erfrierungen bzw. den Erfrierungstod erleidet.

1.4.3 Nahrungs-, Flüssigkeits- oder Sauerstoffentzug

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person infolge unfreiwilligem Nahrungs-, Flüssigkeits- oder Sauerstoffentzug Gesundheitsschäden erleidet.

1.4.4 Sonnenbrand oder Sonnenstich

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person infolge eines Unfallereignisses nach Ziffer 1.3 Gesundheitsschäden durch Sonnenbrand oder Sonnenstich erleidet.

1.4.5 Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person Gesundheitsschäden unfreiwillig erleidet, die sie bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder von Sachen bewusst in Kauf nimmt.

1.4.6 Erhöhte Kraftanstrengung

Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung

– ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.

  Beispiel: Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.

– Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.

  Beispiel: Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.

Meniskus und Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht umfasst.

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgeht. Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

Die sportliche Betätigung in den vom Deutschen Olympischen Sportbund anerkannten Sportarten gilt auch als erhöhte Kraftanstrengung.

1.4.7 Eigenbewegung oder Erschrecken (für Kinder)

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person durch Eigenbewegung oder Erschrecken (gilt für Personen im Kindertarif)

– ein Gelenk verrenkt,
– sich Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln zerrt oder zerreißt,
– sich Bauch- oder Unterleibsbrüche zuzieht oder
– sich Menisken oder sonstige Knorpel schädigt.

1.4.8 Tauchtypische Gesundheitsschäden

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person unter Wasser unfreiwillig

– erstickt oder ertrinkt oder
– einen tauchtypischen Gesundheitsschaden erleidet.

Beispiele: Caissonkrankheit, Trommelfellverletzungen

1.4.9 Umknicken mit dem Fuß

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person Gesundheitsschäden durch Umknicken mit dem Fuß erleidet.

1.5 Einschränkung unserer Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen.

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 4) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 5). Sie gelten für alle Leistungsarten.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

Im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschreiben wir verschiedene Arten von Leistungen und deren Voraussetzungen, die Sie vereinbaren können.

Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben, und die in Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen genannt sind.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

– die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
– dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

– sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
– eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

Beispiel: Eine Beeinträchtigung ist nicht dauerhaft, wenn die versicherte Person einen Knochenbruch erleidet, der innerhalb eines Jahres folgenlos ausheilt.

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität

– ist innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
– ist innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Die Invalidität muss innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von Ihnen bei uns geltend gemacht worden sein (Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen).

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben. Die Geltendmachung der Invaliditätsleistung ist dann jedoch unverzüglich nachzuholen.

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfall-Leistung (Ziffer 2.13), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

– die zum Unfallzeitpunkt vereinbarte Versicherungssumme und

– der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

Beispiel: Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 % zahlen wir 20.000 Euro.

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

– nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,

– ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziffer 2.1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Ziffer 9.4).

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade:

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
Bein bis unterhalb des Knies	50 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
Fuß	40 %
große Zehe	5 %
andere Zehe	2 %
Auge	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %
Stimme	60 %
Niere	20 %
beider Nieren	80 %
Milz	5 %

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 70 %. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 7 % (= ein Zehntel von 70 %).

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

Für andere Körperteile oder Sinnesorgane richtet sich der Invaliditätsgrad danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen schon vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 70 %. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 7 % (= ein Zehntel von 70 %). Diese 7 % Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 63 %.

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (70 %) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (35 %). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 105 % ergibt, ist die Invalidität auf 100 % begrenzt.

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, zahlen wir eine Invaliditätsleistung unter folgenden Voraussetzungen:

– Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 2.1.1.4) oder

– die versicherte Person ist, gleichgültig aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall verstorben, und

– die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1.1 sind erfüllt.

Wir leisten nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.2 Unfallrente Forte

Wir zahlen eine Unfallrente, eine Kapitalleistung, eine Todesfall-Leistung und erstatten Kosten für kosmetische Operationen entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

2.2.1 Unfallrente

2.2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 bis 2.1.1.3 gegeben.

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Unfallrente.

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 4 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

2.2.1.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Verstirbt die versicherte Person

– vor der Bemessung der Invalidität und

– waren die Voraussetzungen nach Ziffer 2.2.1.1 erfüllt,

leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre (Ziffer 2.1.2.3).

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Unfallrente unberücksichtigt.

2.2.1.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.2.1.3.1 Wir zahlen die Unfallrente

– rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,

– monatlich im Voraus.

2.2.1.3.2 Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem

– wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist oder

– die versicherte Person stirbt.

2.2.1.3.3 **Rentengarantie**

Stirbt die versicherte Person, gleichgültig aus welcher Ursache,

– später als ein Jahr nach dem Unfall und

– war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 2.2.1.1 entstanden,

zahlen wir die vereinbarte Unfallrente über den Tod der versicherten Person hinaus garantiert bis zum Ablauf des 10. Jahres nach dem Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.

2.2.1.4 Leistungen bei Tod der versicherten Person

2.2.1.4.1 Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, zahlen wir eine Todesfall-Leistung, deren Höhe das 18fache der vereinbarten Unfallrente beträgt.

2.2.1.4.2 Stirbt die versicherte Person, gleichgültig aus welcher Ursache,

– später als ein Jahr nach dem Unfall und

– war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 2.2.1.1 entstanden,

zahlen wir das 18fache der vereinbarten Unfallrente als Einmalzahlung. Die Höhe der Unfallrente bestimmt sich nach Ziffer 2.2.1.2.

2.2.2 Kapitalleistung

2.2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 bis 2.1.1.3 gegeben.

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4, Ziffer 2.1.2.3 und Ziffer 4 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 1 Prozent geführt.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Kapitalleistung.

2.2.2.2 Art und Höhe der Leistung

2.2.2.2.1 Wir zahlen eine einmalige Kapitalleistung, deren Höhe ein Vielfaches der vereinbarten Unfallrente beträgt.

Die Höhe hängt vom Grad der unfallbedingten Invalidität ab und zwar wie folgt:

Invaliditätsgrad in %	Kapitalleistung
1 bis unter 10	5 Unfallrenten
10 bis unter 20	10 Unfallrenten
20 bis unter 30	15 Unfallrenten
30 bis unter 40	20 Unfallrenten
40 bis unter 50	25 Unfallrenten
50 bis unter 55	50 Unfallrenten
55 bis unter 60	55 Unfallrenten
60 bis unter 65	60 Unfallrenten
65 bis unter 70	65 Unfallrenten
70 bis unter 75	70 Unfallrenten
75 bis unter 80	75 Unfallrenten
80 bis unter 85	80 Unfallrenten
85 bis unter 90	85 Unfallrenten
90 bis 100	300 Unfallrenten

2.2.2.2.2 Ab einem Invaliditätsgrad von 90 % können Sie wählen, ob wir Ihnen

– eine einmalige Kapitalzahlung in Höhe des 300fachen der vereinbarten Unfallrente

oder alternativ

– das doppelte der für diesen Invaliditätsgrad vereinbarten Unfallrente

zahlen.

Entscheiden Sie sich für die Verdopplung der vereinbarten Unfallrente gelten die Ziffern 2.2.1.3.1 und 2.2.1.3.3 entsprechend.

Führt eine nach Ziffer 9.4 vorgenommene ärztliche Neubemessung

– zu einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von unter 90 % und

– wurde eine Verdopplung der vereinbarten Unfallrente gewählt

wird der doppelte Anteil der bereits gezahlten Unfallrente mit der Kapitalleistung verrechnet, die wir Ihnen für den bei der Neubemessung festgestellten Invaliditätsgrad zahlen.

2.2.2.2.3 Verstirbt die versicherte Person

– aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder

– gleichgültig aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Kapitalleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre (Ziffer 2.1.2.3).

2.2.3 Kosten für kosmetische Operationen

Wir erstatten auch Kosten für kosmetische Operationen. Die Ziffern 2.14.1 und 2.14.2 gelten entsprechend.

Ergänzend zu Ziffer 2.14.2 werden die Kosten bis zur Höhe des 18fachen der vereinbarten Unfallrente erstattet.

2.3 Unfallrente Forte Pro2

Wir zahlen eine Unfallrente, eine Kapitalleistung, eine Todesfall-Leistung und erstatten Kosten für kosmetische Operationen entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

2.3.1 Unfallrente

2.3.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 bis 2.1.1.3 gegeben.

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Unfallrente.

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 4 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

2.3.1.2 Höhe der Leistung

2.3.1.2.1 Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Verstirbt die versicherte Person

– vor der Bemessung der Invalidität und

– waren die Voraussetzungen nach Ziffer 2.3.1.1 erfüllt,

leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre (Ziffer 2.1.2.3).

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Unfallrente unberücksichtigt.

2.3.1.2.2 **Jährliche Rentenerhöhung**

Die Unfallrente erhöhen wir jährlich jeweils zum 1.1. eines Jahres, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Unfalltag folgenden Jahres, um 2 Prozent. Dabei runden wir den Betrag kaufmännisch auf volle Euro.

Die jährliche Erhöhung nehmen wir letztmalig zum 1.1. des Jahres, im dem die Unfallrente zum dreißigsten Mal erhöht wird, vor.

2.3.1.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.3.1.3.1 Wir zahlen die Unfallrente

– rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,

– monatlich im Voraus.

2.3.1.3.2 Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem

– wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist oder

– die versicherte Person stirbt.

2.3.1.3.3 **Rentengarantie**

Stirbt die versicherte Person, gleichgültig aus welcher Ursache,

– später als ein Jahr nach dem Unfall und

– war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 2.3.1.1 entstanden,

zahlen wir die zuletzt erreichte Unfallrente über den Tod der versicherten Person hinaus garantiert bis zum Ablauf des 10. Jahres nach dem Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat. Auch hier nehmen wir eine jährliche Rentenerhöhung nach Ziffer 2.3.1.2.2 vor.

2.3.1.4 Leistung bei Tod der versicherten Person

2.3.1.4.1 Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, zahlen wir eine Todesfall-Leistung, deren Höhe das 18fache der vereinbarten Unfallrente beträgt.

2.3.1.4.2 Stirbt die versicherte Person, gleichgültig aus welcher Ursache,

– später als ein Jahr nach dem Unfall und

– war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 2.3.1.1 entstanden,

zahlen wir das 18fache der zuletzt erreichten Unfallrente als Einmalzahlung. Die Höhe der Unfallrente bestimmt sich nach Ziffer 2.3.1.2.

2.3.2 Kapitalleistung

2.3.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 bis 2.1.1.3 gegeben.

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4, Ziffer 2.1.2.3 und Ziffer 4 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 1 Prozent geführt.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Kapitalleistung.

2.3.2.2 Art und Höhe der Leistung

2.3.2.2.1 Wir zahlen eine einmalige Kapitalleistung, deren Höhe ein Vielfaches der vereinbarten Unfallrente beträgt.

Die Höhe hängt vom Grad der unfallbedingten Invalidität ab und zwar wie folgt:

Invaliditätsgrad in %	Kapitalleistung
1 bis unter 10	5 Unfallrenten
10 bis unter 20	10 Unfallrenten
20 bis unter 30	15 Unfallrenten
30 bis unter 40	20 Unfallrenten
40 bis unter 50	25 Unfallrenten
50 bis unter 55	50 Unfallrenten
55 bis unter 60	55 Unfallrenten
60 bis unter 65	60 Unfallrenten
65 bis unter 70	65 Unfallrenten
70 bis unter 75	70 Unfallrenten
75 bis unter 80	75 Unfallrenten
80 bis unter 85	80 Unfallrenten
85 bis unter 90	85 Unfallrenten
90 bis 100	300 Unfallrenten

2.3.2.2.2 Ab einem Invaliditätsgrad von 90 % können Sie wählen, ob wir Ihnen

– eine einmalige Kapitalzahlung in Höhe des 300fachen der vereinbarten Unfallrente

oder alternativ

– das doppelte der für diesen Invaliditätsgrad vereinbarten Unfallrente

zahlen.

Entscheiden Sie sich für die Verdopplung der vereinbarten Unfallrente gelten die Ziffern 2.3.1.2.2, 2.3.1.3.1 und 2.3.1.3.3 entsprechend.

Führt eine nach Ziffer 9.4 vorgenommene ärztliche Neubemessung

– zu einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von unter 90 % und

– wurde eine Verdopplung der vereinbarten Unfallrente gewählt

wird der doppelte Anteil der bereits gezahlten Unfallrente mit der Kapitalleistung verrechnet, die wir Ihnen für den bei der Neubemessung festgestellten Invaliditätsgrad zahlen.

2.3.2.2.3 Verstirbt die versicherte Person

– aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder

– gleichgültig aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Kapitalleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre (Ziffer 2.1.2.3).

2.3.3 Kosten für kosmetische Operationen

Wir erstatten auch Kosten für kosmetische Operationen. Die Ziffern 2.14.1 und 2.14.2 gelten entsprechend.

Ergänzend zu Ziffer 2.14.2 werden die Kosten bis zur Höhe des 18fachen der vereinbarten Unfallrente erstattet.

2.4 Unfallrente Aktiv

Wir zahlen eine Unfallrente, eine Kapitalleistung, eine Todesfall-Leistung und erstatten Kosten für kosmetische Operationen entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

2.4.1 Unfallrente

2.4.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 bis 2.1.1.3 gegeben.

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Unfallrente.

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 4 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 35 Prozent geführt.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

2.4.1.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen

– bei einem Invaliditätsgrad von 35 bis unter 50 Prozent die Hälfte der vereinbarten Unfallrente,

– bei einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent und mehr die vereinbarte Unfallrente.

Verstirbt die versicherte Person

– vor der Bemessung der Invalidität und

– waren die Voraussetzungen nach Ziffer 2.4.1.1 erfüllt,

leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre (Ziffer 2.1.2.3).

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Unfallrente unberücksichtigt.

2.4.1.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.4.1.3.1 Wir zahlen die Unfallrente

– rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,

– monatlich im Voraus.

2.4.1.3.2 Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem

– wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 35 Prozent gesunken ist oder

– die versicherte Person stirbt.

2.4.1.3.3 **Rentengarantie**

Stirbt die versicherte Person, gleichgültig aus welcher Ursache,

– später als ein Jahr nach dem Unfall und

– war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 2.4.1.1 entstanden,

zahlen wir die Unfallrente über den Tod der versicherten Person hinaus garantiert bis zum Ablauf des 10. Jahres nach dem Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat. Die Höhe der Unfallrente bestimmt sich nach Ziffer 2.4.1.2.

2.4.1.4 Leistung bei Tod der versicherten Person

2.4.1.4.1 Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, zahlen wir eine Todesfall-Leistung, deren Höhe das 18fache der vereinbarten Unfallrente beträgt.

2.4.1.4.2 Stirbt die versicherte Person, gleichgültig aus welcher Ursache,

– später als ein Jahr nach dem Unfall und

– war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 2.4.1.1 entstanden,

zahlen wir das 18fache der vereinbarten Unfallrente als Einmalzahlung. Die Höhe der Unfallrente bestimmt sich nach Ziffer 2.4.1.2.

2.4.2 Kapitalleistung

2.4.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 bis 2.1.1.3 gegeben.

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4, Ziffer 2.1.2.3 und Ziffer 4 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 20 Prozent geführt.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Kapitalleistung.

2.4.2.2 Art und Höhe der Leistung

2.4.2.2.1 Wir zahlen eine einmalige Kapitalleistung, deren Höhe ein Vielfaches der vereinbarten Unfallrente beträgt.

Die Höhe hängt vom Grad der unfallbedingten Invalidität ab und zwar wie folgt:

Invaliditätsgrad in %	Kapitalleistung
20 bis unter 35	5 Unfallrenten
35 bis unter 50	10 Unfallrenten
50 bis unter 55	50 Unfallrenten
55 bis unter 60	55 Unfallrenten
60 bis unter 65	60 Unfallrenten
65 bis unter 70	65 Unfallrenten
70 bis unter 75	70 Unfallrenten
75 bis unter 80	75 Unfallrenten
80 bis unter 85	80 Unfallrenten
85 bis unter 90	85 Unfallrenten
90 bis 100	300 Unfallrenten

2.4.2.2.2 Ab einem Invaliditätsgrad von 90 % können Sie wählen, ob wir Ihnen

– eine einmalige Kapitalzahlung in Höhe des 300fachen der vereinbarten Unfallrente

oder alternativ

– das doppelte der für diesen Invaliditätsgrad vereinbarten Unfallrente

zahlen.

Entscheiden Sie sich für die Verdopplung der vereinbarten Unfallrente gelten die Ziffern 2.4.1.3.1 und 2.4.1.3.3 entsprechend.

Führt eine nach Ziffer 9.4 vorgenommene ärztliche Neubemessung

– zu einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von unter 90 % und

– wurde eine Verdopplung der vereinbarten Unfallrente gewählt

wird der doppelte Anteil der bereits gezahlten Unfallrente mit der Kapitalleistung verrechnet, die wir Ihnen für den bei der Neubemessung festgestellten Invaliditätsgrad zahlen.

2.4.2.2.3 Verstirbt die versicherte Person

– aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder

– gleichgültig aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Kapitalleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre (Ziffer 2.1.2.3).

2.4.3 Kosten für kosmetische Operationen

Wir erstatten auch Kosten für kosmetische Operationen. Die Ziffern 2.14.1 und 2.14.2 gelten entsprechend.

Ergänzend zu Ziffer 2.14.2 werden die Kosten bis zur Höhe des 18fachen der vereinbarten Unfallrente erstattet.

2.5 Unfallrente Aktiv Pro2

Wir zahlen eine Unfallrente, eine Kapitalleistung, eine Todesfall-Leistung und erstatten Kosten für kosmetische Operationen entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

2.5.1 Unfallrente

2.5.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 bis 2.1.1.3 gegeben.

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Unfallrente.

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 4 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 35 Prozent geführt.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

2.5.1.2 Höhe der Leistung

2.5.1.2.1 Wir zahlen

– bei einem Invaliditätsgrad von 35 bis unter 50 Prozent die Hälfte der vereinbarten Unfallrente,

– bei einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent und mehr die vereinbarte Unfallrente.

Verstirbt die versicherte Person

– vor der Bemessung der Invalidität und

– waren die Voraussetzungen nach Ziffer 2.5.1.1 erfüllt,

leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre (Ziffer 2.1.2.3).

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Unfallrente unberücksichtigt.

2.5.1.2.2 **Jährliche Rentenerhöhung**

Die Unfallrente erhöhen wir jährlich jeweils zum 1.1. eines Jahres, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Unfalltag folgenden Jahres, um 2 Prozent. Dabei runden wir den Betrag kaufmännisch auf volle Euro.

Die jährliche Erhöhung nehmen wir letztmalig zum 1.1. des Jahres, im dem die Unfallrente zum dreißigsten Mal erhöht wird, vor.

2.5.1.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.5.1.3.1 Wir zahlen die Unfallrente

– rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,

– monatlich im Voraus.

2.5.1.3.2 Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem

– wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 35 Prozent gesunken ist oder

– die versicherte Person stirbt.

2.5.1.3.3 **Rentengarantie**

Stirbt die versicherte Person, gleichgültig aus welcher Ursache,

– später als ein Jahr nach dem Unfall und

– war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 2.5.1.1 entstanden,

zahlen wir die zuletzt erreichte Unfallrente über den Tod der versicherten Person hinaus garantiert bis zum Ablauf des 10. Jahres nach dem Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat. Auch hier nehmen wir eine jährliche Rentenerhöhung nach Ziffer 2.5.1.2.2 vor.

2.5.1.4 Leistung bei Tod der versicherten Person

2.5.1.4.1 Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, zahlen wir eine Todesfall-Leistung, deren Höhe das 18fache der vereinbarten Unfallrente beträgt.

2.5.1.4.2 Stirbt die versicherte Person, gleichgültig aus welcher Ursache,

– später als ein Jahr nach dem Unfall und

– war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 2.5.1.1 entstanden,

zahlen wir das 18fache der zuletzt erreichten Unfallrente als Einmalzahlung. Die Höhe der Unfallrente bestimmt sich nach Ziffer 2.5.1.2.

2.5.2 Kapitalleistung

2.5.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 bis 2.1.1.3 gegeben.

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4, Ziffer 2.1.2.3 und Ziffer 4 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 20 Prozent geführt.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Kapitalleistung.

2.5.2.2 Art und Höhe der Leistung

2.5.2.2.1 Wir zahlen eine einmalige Kapitalleistung, deren Höhe ein Vielfaches der vereinbarten Unfallrente beträgt.

Die Höhe hängt vom Grad der unfallbedingten Invalidität ab und zwar wie folgt:

Invaliditätsgrad in %	Kapitalleistung
20 bis unter 35	5 Unfallrenten
35 bis unter 50	10 Unfallrenten
50 bis unter 55	50 Unfallrenten
55 bis unter 60	55 Unfallrenten
60 bis unter 65	60 Unfallrenten
65 bis unter 70	65 Unfallrenten
70 bis unter 75	70 Unfallrenten
75 bis unter 80	75 Unfallrenten
80 bis unter 85	80 Unfallrenten
85 bis unter 90	85 Unfallrenten
90 bis 100	300 Unfallrenten

2.5.2.2.2 Ab einem Invaliditätsgrad von 90 % können Sie wählen, ob wir Ihnen

– eine einmalige Kapitalzahlung in Höhe des 300fachen der vereinbarten Unfallrente

oder alternativ

– das doppelte der für diesen Invaliditätsgrad vereinbarten Unfallrente

zahlen.

Entscheiden Sie sich für die Verdopplung der vereinbarten Unfallrente gelten die Ziffern 2.5.1.2.2, 2.5.1.3.1 und 2.5.1.3.3 entsprechend.

Führt eine nach Ziffer 9.4 vorgenommene ärztliche Neubemessung

– zu einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von unter 90 % und

– wurde eine Verdopplung der vereinbarten Unfallrente gewählt

wird der doppelte Anteil der bereits gezahlten Unfallrente mit der Kapitalleistung verrechnet, die wir Ihnen für den bei der Neubemessung festgestellten Invaliditätsgrad zahlen.

2.5.2.2.3 Verstirbt die versicherte Person

– aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder

– gleichgültig aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Kapitalleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre (Ziffer 2.1.2.3).

2.5.3 Kosten für kosmetische Operationen

Wir erstatten auch Kosten für kosmetische Operationen. Die Ziffern 2.14.1 und 2.14.2 gelten entsprechend.

Ergänzend zu Ziffer 2.14.2 werden die Kosten bis zur Höhe des 18fachen der vereinbarten Unfallrente erstattet.

2.6 Unfallrente Aktiv Plus

Wir zahlen eine Unfallrente, eine Kapitalleistung, eine Todesfall-Leistung und erstatten Kosten für kosmetische Operationen entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

2.6.1 Unfallrente

2.6.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 bis 2.1.1.3 gegeben.

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Unfallrente.

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 4 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 35 Prozent geführt.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

2.6.1.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen

– bei einem Invaliditätsgrad von 35 bis unter 50 Prozent die Hälfte der vereinbarten Unfallrente,

– bei einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent und mehr die vereinbarte Unfallrente.

Verstirbt die versicherte Person

– vor der Bemessung der Invalidität und

– waren die Voraussetzungen nach Ziffer 2.6.1.1 erfüllt,

leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre (Ziffer 2.1.2.3).

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Unfallrente unberücksichtigt.

2.6.1.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.6.1.3.1 Wir zahlen die Unfallrente

– rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,

– monatlich im Voraus.

2.6.1.3.2 Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem

– wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 35 Prozent gesunken ist oder

– die versicherte Person stirbt.

2.6.1.3.3 **Rentengarantie**

Stirbt die versicherte Person, gleichgültig aus welcher Ursache,

– später als ein Jahr nach dem Unfall und

– war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 2.6.1.1 entstanden,

zahlen wir die Unfallrente über den Tod der versicherten Person hinaus garantiert bis zum Ablauf des 10. Jahres nach dem Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat. Die Höhe der Unfallrente bestimmt sich nach Ziffer 2.6.1.2.

2.6.1.4 Leistung bei Tod der versicherten Person

2.6.1.4.1 Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, zahlen wir eine Todesfall-Leistung, deren Höhe das 18fache der vereinbarten Unfallrente beträgt.

2.6.1.4.2 Stirbt die versicherte Person, gleichgültig aus welcher Ursache,

– später als ein Jahr nach dem Unfall und

– war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 2.6.1.1 entstanden,

zahlen wir das 18fache der vereinbarten Unfallrente als Einmalzahlung. Die Höhe der Unfallrente bestimmt sich nach Ziffer 2.6.1.2.

2.6.2 Kapitalleistung

2.6.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 bis 2.1.1.3 gegeben.

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4, Ziffer 2.1.2.3 und Ziffer 4 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 1 Prozent geführt.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Kapitalleistung.

2.6.2.2 Art und Höhe der Leistung

2.6.2.2.1 Wir zahlen eine einmalige Kapitalleistung, deren Höhe ein Vielfaches der vereinbarten Unfallrente beträgt.

Die Höhe hängt vom Grad der unfallbedingten Invalidität ab und zwar wie folgt:

Invaliditätsgrad in %	Kapitalleistung
1 bis unter 10	1 Unfallrente
10 bis unter 20	2 Unfallrenten
20 bis unter 35	5 Unfallrenten
35 bis unter 50	10 Unfallrenten
50 bis unter 55	50 Unfallrenten
55 bis unter 60	55 Unfallrenten
60 bis unter 65	60 Unfallrenten
65 bis unter 70	65 Unfallrenten
70 bis unter 75	70 Unfallrenten
75 bis unter 80	75 Unfallrenten
80 bis unter 85	80 Unfallrenten
85 bis unter 90	85 Unfallrenten
90 bis 100	300 Unfallrenten

2.6.2.2.2 Ab einem Invaliditätsgrad von 90 % können Sie wählen, ob wir Ihnen

– eine einmalige Kapitalzahlung in Höhe des 300fachen der vereinbarten Unfallrente

oder alternativ

– das doppelte der für diesen Invaliditätsgrad vereinbarten Unfallrente

zahlen.

Entscheiden Sie sich für die Verdopplung der vereinbarten Unfallrente gelten die Ziffern 2.6.1.3.1 und 2.6.1.3.3 entsprechend.

Führt eine nach Ziffer 9.4 vorgenommene ärztliche Neubemessung

– zu einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von unter 90 % und

– wurde eine Verdopplung der vereinbarten Unfallrente gewählt

wird der doppelte Anteil der bereits gezahlten Unfallrente mit der Kapitalleistung verrechnet, die wir Ihnen für den bei der Neubemessung festgestellten Invaliditätsgrad zahlen.

2.6.2.2.3 Verstirbt die versicherte Person

– aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder

– gleichgültig aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Kapitalleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre (Ziffer 2.1.2.3).

2.6.3 Kosten für kosmetische Operationen

Wir erstatten auch Kosten für kosmetische Operationen. Die Ziffern 2.14.1 und 2.14.2 gelten entsprechend.

Ergänzend zu Ziffer 2.14.2 werden die Kosten bis zur Höhe des 18fachen der vereinbarten Unfallrente erstattet.

2.7 Unfallrente Aktiv Plus Pro2

Wir zahlen eine Unfallrente, eine Kapitalleistung, eine Todesfall-Leistung und erstatten Kosten für kosmetische Operationen entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

2.7.1 Unfallrente

2.7.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 bis 2.1.1.3 gegeben.

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Unfallrente.

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 4 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 35 Prozent geführt.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

2.7.1.2 Höhe der Leistung

2.7.1.2.1 Wir zahlen

– bei einem Invaliditätsgrad von 35 bis unter 50 Prozent die Hälfte der vereinbarten Unfallrente,

– bei einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent und mehr die vereinbarte Unfallrente.

Verstirbt die versicherte Person

– vor der Bemessung der Invalidität und

– waren die Voraussetzungen nach Ziffer 2.7.1.1 erfüllt,

leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre (Ziffer 2.1.2.3).

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Unfallrente unberücksichtigt.

2.7.1.2.2 **Jährliche Rentenerhöhung**

Die Unfallrente erhöhen wir jährlich jeweils zum 1.1. eines Jahres, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Unfalltag folgenden Jahres, um 2 Prozent. Dabei runden wir den Betrag kaufmännisch auf volle Euro.

Die jährliche Erhöhung nehmen wir letztmalig zum 1.1. des Jahres, im dem die Unfallrente zum dreißigsten Mal erhöht wird, vor.

2.7.1.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.7.1.3.1 Wir zahlen die Unfallrente

– rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,

– monatlich im Voraus.

2.7.1.3.2 Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem

– wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 35 Prozent gesunken ist oder

– die versicherte Person stirbt.

2.7.1.3.3 **Rentengarantie**

Stirbt die versicherte Person, gleichgültig aus welcher Ursache,

– später als ein Jahr nach dem Unfall und

– war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 2.7.1.1 entstanden,

zahlen wir die zuletzt erreichte Unfallrente über den Tod der versicherten Person hinaus garantiert bis zum Ablauf des 10. Jahres nach dem Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat. Auch hier nehmen wir eine jährliche Rentenerhöhung nach Ziffer 2.7.1.2.2 vor.

2.7.1.4 Leistung bei Tod der versicherten Person

2.7.1.4.1 Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, zahlen wie eine Todesfall-Leistung, deren Höhe das 18fache der vereinbarten Unfallrente beträgt.

2.7.1.4.2 Stirbt die versicherte Person, gleichgültig aus welcher Ursache,

– später als ein Jahr nach dem Unfall und

– war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 2.7.1.1 entstanden,

zahlen wir das 18fache der zuletzt erreichten Unfallrente als Einmalzahlung. Die Höhe der Unfallrente bestimmt sich nach Ziffer 2.7.1.2.

2.7.2 Kapitalleistung

2.7.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 bis 2.1.1.3 gegeben.

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4, Ziffer 2.1.2.3 und Ziffer 4 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 1 Prozent geführt.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Kapitalleistung.

2.7.2.2 Art und Höhe der Leistung

2.7.2.2.1 Wir zahlen eine einmalige Kapitalleistung, deren Höhe ein Vielfaches der vereinbarten Unfallrente beträgt.

Die Höhe hängt vom Grad der unfallbedingten Invalidität ab und zwar wie folgt:

Invaliditätsgrad in %	Kapitalleistung
1 bis unter 10	1 Unfallrente
10 bis unter 20	2 Unfallrenten
20 bis unter 35	5 Unfallrenten
35 bis unter 50	10 Unfallrenten
50 bis unter 55	50 Unfallrenten
55 bis unter 60	55 Unfallrenten
60 bis unter 65	60 Unfallrenten
65 bis unter 70	65 Unfallrenten
70 bis unter 75	70 Unfallrenten
75 bis unter 80	75 Unfallrenten
80 bis unter 85	80 Unfallrenten
85 bis unter 90	85 Unfallrenten
90 bis 100	300 Unfallrenten

2.7.2.2.2 Ab einem Invaliditätsgrad von 90 % können Sie wählen, ob wir Ihnen

– eine einmalige Kapitalzahlung in Höhe des 300fachen der vereinbarten Unfallrente

oder alternativ

– das doppelte der für diesen Invaliditätsgrad vereinbarten Unfallrente

zahlen.

Entscheiden Sie sich für die Verdopplung der vereinbarten Unfallrente gelten die Ziffern 2.7.1.2.2, 2.7.1.3.1 und 2.7.1.3.3 entsprechend.

Führt eine nach Ziffer 9.4 vorgenommene ärztliche Neubemessung

– zu einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von unter 90 % und

– wurde eine Verdopplung der vereinbarten Unfallrente gewählt

wird der doppelte Anteil der bereits gezahlten Unfallrente mit der Kapitalleistung verrechnet, die wir Ihnen für den bei der Neubemessung festgestellten Invaliditätsgrad zahlen.

2.7.2.2.3 Verstirbt die versicherte Person

– aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder

– gleichgültig aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Kapitalleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre (Ziffer 2.1.2.3).

2.7.3 Kosten für kosmetische Operationen

Wir erstatten auch Kosten für kosmetische Operationen. Die Ziffern 2.14.1 und 2.14.2 gelten entsprechend.

Ergänzend zu Ziffer 2.14.2 werden die Kosten bis zur Höhe des 18fachen der vereinbarten Unfallrente erstattet.

2.8 Unfallrente Komfort

Wir zahlen eine Unfallrente und eine Todesfall-Leistung entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 bis 2.1.1.3 gegeben.

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 4 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

2.8.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Verstirbt die versicherte Person

– vor der Bemessung der Invalidität und

– waren die Voraussetzungen nach 2.8.1 erfüllt,

leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre (Ziffer 2.1.2.3).

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Unfallrente unberücksichtigt.

2.8.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.8.3.1 Wir zahlen die Unfallrente

– rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,

– monatlich im Voraus.

2.8.3.2 Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem

– wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist oder

– die versicherte Person stirbt.

2.8.3.3 **Rentengarantie**

Stirbt die versicherte Person, gleichgültig aus welcher Ursache,

– später als ein Jahr nach dem Unfall und

– war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 2.8.1 entstanden,

zahlen wir die vereinbarte Unfallrente über den Tod der versicherten Person hinaus garantiert bis zum Ablauf des 10. Jahres nach dem Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.

2.8.4 Leistung bei Tod der versicherten Person

2.8.4.1 Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, zahlen wir eine Todesfall-Leistung, deren Höhe das 18fache der vereinbarten Unfallrente beträgt.

2.8.4.2 Stirbt die versicherte Person, gleichgültig aus welcher Ursache

– später als ein Jahr nach dem Unfall und

– war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 2.8.1 entstanden,

zahlen wir das 18fache der vereinbarten Unfallrente als Einmalzahlung. Die Höhe der Unfallrente bestimmt sich nach Ziffer 2.8.2.

2.9 Unfallrente Komfort Pro2

Wir zahlen eine Unfallrente entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 bis 2.1.1.3 gegeben.

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 4 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt.

Vereinbarte besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

2.9.2 Höhe der Leistung

2.9.2.1 Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Verstirbt die versicherte Person

– vor der Bemessung der Invalidität und

– waren die Voraussetzungen nach Ziffer 2.9.1 erfüllt,

– leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre (Ziffer 2.1.2.3).

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Unfallrente unberücksichtigt.

2.9.2.2 **Jährliche Rentenerhöhung**

Die Unfallrente erhöhen wir jährlich jeweils zum 1.1. eines Jahres, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Unfalltag folgenden Jahres, um 2 Prozent. Dabei runden wir den Betrag kaufmännisch auf volle Euro.

Die jährliche Erhöhung nehmen wir letztmalig zum 1.1. des Jahres, im dem die Unfallrente zum dreißigsten Mal erhöht wird, vor.

2.9.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.9.3.1 Wir zahlen die Unfallrente

– rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,

– monatlich im Voraus.

2.9.3.2 Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem

– wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist oder

– die versicherte Person stirbt.

2.9.3.3 **Rentengarantie**

Stirbt die versicherte Person, gleichgültig aus welcher Ursache,

– später als ein Jahr nach dem Unfall und

– war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 2.9.1 entstanden,

zahlen wir die zuletzt erreichte Unfallrente über den Tod der versicherten Person hinaus garantiert bis zum Ablauf des 10. Jahres nach dem Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat. Auch hier nehmen wir eine jährliche Rentenerhöhung nach Ziffer 2.9.2.2 vor.

2.9.4 Leistung bei Tod der versicherten Person

2.9.4.1 Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, zahlen wir eine Todesfall-Leistung, deren Höhe das 18fache der vereinbarten Unfallrente beträgt.

2.9.4.2 Stirbt die versicherte Person, gleichgültig aus welcher Ursache,

– später als ein Jahr nach dem Unfall und

– war ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 2.9.1 entstanden,

zahlen wir das 18fache der zuletzt erreichten Unfallrente als Einmalzahlung. Die Höhe der Unfallrente bestimmt sich nach Ziffer 2.9.2.

2.10 Sofortleistung Plus

2.10.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.10.1.1 **Schwere Verletzungen**

Die versicherte Person hat unfallbedingt eine der folgenden schweren Verletzungen erlitten:

2.10.1.1.1 Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks;

2.10.1.1.2 Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand;

2.10.1.1.3 Schädel-, Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnquetschung (Contusion) oder Hirnblutung;

2.10.1.1.4 Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma

– Fraktur an zwei langen Röhrenknochen verschiedener Körperregionen oder
– gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
– Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
  • Fraktur eines langen Röhrenknochens
  • Fraktur des Beckens
  • Fraktur der Wirbelsäule
  • gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs

2.10.1.1.5 Verbrennungen II. und III. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche;

2.10.1.1.6 Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung mit einer Sehschärfe von nicht mehr als 1/20 beider Augen

oder

2.10.1.2 **Langer Aufenthalt im Krankenhaus**

Die versicherte Person befindet sich unfallbedingt

– für die Dauer von mindestens 28 Tagen
– ohne Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen
– in ununterbrochener medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

oder

2.10.1.3 **Schwere Beeinträchtigung**

Die versicherte Person ist unfallbedingt

– im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
– ohne Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen
– zu mindestens 50 Prozent in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als 6 Monate an.

2.10.1.4 Sie haben uns

– die schwere Verletzung nach Ziffer 2.10.1.1 durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht oder
– die vollstationäre Heilbehandlung nach Ziffer 2.10.1.2 durch eine Bescheinigung über Beginn und Dauer

innerhalb eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet, nachgewiesen.

Sie müssen die Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit nach Ziffer 2.10.1.3 innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einem Anspruch auf Sofortleistung Plus ausgehen.

Versäumen Sie die Frist von 7 Monaten, ist der Anspruch auf Sofortleistung Plus ausgeschlossen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben. Die Geltendmachung der Sofortleistung Plus ist dann jedoch unverzüglich nachzuholen.

Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren daher nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

2.10.2 Höhe der Leistung

Die Sofortleistung Plus wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme einmal je Unfall gezahlt.

2.11 Tagegeld

2.11.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

– in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
– in ärztlicher Behandlung.

2.11.2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

– die vereinbarten Versicherungssumme und
– der unfallbedingte Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

– nach der Fähigkeit der versicherten Person, ihrem bis zum Unfall ausgeübten Beruf weiter nachzugehen,
– nach der allgemeinen Fähigkeit der versicherten Person, Arbeit zu leisten, wenn sie zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig war.

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

Wir zahlen das Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, ab dem Tag des Unfalls.

Beispiel: Bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 100 % zahlen wir das vereinbarte Tagegeld in voller Höhe. Bei einem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung von 50 % zahlen wir die Hälfte des Tagegeldes.

2.12 Krankenhaustagegeld Plus

2.12.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.

Kuren oder Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2.12.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen

– das vereinbarte Krankenhaustagegeld für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens jedoch für drei Jahre ab dem Tag des Unfalls.

– nach Entlassung der versicherten Person aus der vollstationären Heilbehandlung ein Genesungsgeld für die gleiche Anzahl an Kalendertagen, für die wir Krankenhaustagegeld geleistet haben, in Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes, längstens jedoch für 100 Tage.

2.13 Todesfall-Leistung

2.13.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall. Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.5.

Der unfallbedingte Tod gilt ebenfalls als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

2.13.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfall-Leistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.14 Kosten für kosmetische Operationen

2.14.1 Voraussetzungen für die Leistungen

Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes zu beheben.

Soweit Zähne betroffen sind, gehören nur Schneide- und Eckzähne zum äußeren Erscheinungsbild.

Die kosmetische Operation erfolgt

– durch einen Arzt,

– nach Abschluss der Heilbehandlung und

– bei Erwachsenen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

2.14.2 Art und Höhe der Leistungen

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

– Arzthonorare und sonstige Operationskosten,

– notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,

– Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten,

– Kosten für unfallbedingte Beschädigungen einer Zahnspange von Personen im Kindertarif

insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.15 Schmerzensgeld

2.15.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.15.1.1 Die versicherte Person hat unfallbedingt eine der unter Ziffer 2.15.2.3 in der Schmerzensgeldtabelle aufgeführten Verletzungen erlitten.

2.15.1.2 Sie müssen uns das Vorliegen einer unter Ziffer 2.15.2.3 genannten Verletzung

– unverzüglich nach dem Unfall

– durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten, ärztlichen Bericht nachweisen und

– den Anspruch auf Schmerzensgeld innerhalb eines Monats nach der ärztlichen Feststellung geltend machen.

Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einem Anspruch auf Schmerzensgeld ausgehen.

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Schmerzensgeld ausgeschlossen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben. Die Geltendmachung des Schmerzensgeldes ist dann jedoch unverzüglich nachzuholen.

Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren daher nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

2.15.2 Art und Höhe der Leistung

2.15.2.1 Berechnung des Schmerzensgeldes

Das Schmerzensgeld erhalten Sie als einmalige Kapitalleistung je Unfall.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

– die vereinbarte Versicherungssumme und

– unter Ausschluss des Nachweises eines höheren oder geringeren Prozentsatzes – der in der Schmerzensgeldtabelle für die unfallbedingte Verletzung festgelegte Prozentsatz.

2.15.2.2 Prozentsatz bei mehreren Verletzungen

Durch einen Unfall können mehrere der in der Schmerzensgeldtabelle (Ziffer 2.15.2.3) aufgeführten Verletzungen entstanden sein. Dann werden die entsprechenden Prozentsätze zusammengerechnet.

Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel: Durch einen Unfall sind das Becken (80 %) und der Ellenbogen (40 %) gebrochen. Auch wenn die Addition der Verletzungen 120 % ergibt, ist die Leistung auf 100 % begrenzt.

2.15.2.3 Schmerzensgeldtabelle

Bruch/Anbruch am Kopf:	
Schädeldach ohne Hirnbeteiligung	20 %
Gesichtsschädel	10 %
Nasenbein	5 %
Kiefer	10 %
Verletzungen am Auge:	
Hornhauterosion	5 %
Augapfelprellung mit Einblutung in den Glaskörper	10 %
Bruch/Anbruch/knöcherner Ausriss/Luxation/Ruptur an den oberen Gliedmaßen:	
Kopfgelenk der Schulter	50 %
Oberarm ohne Gelenkbeteiligung	20 %
Ellenbogen	40 %
Unterarm ohne Gelenkbeteiligung	15 %
Rotatorenmanschettenruptur, Bizepssehnenriss	20 %
Bruch/Anbruch/knöcherner Ausriss/Luxation/Ruptur an den Händen:	
Handgelenk oder Handwurzel	20 %
Mittelhand	20 %
Daumen	10 %
Zeigefinger	10 %
Sonstiger Finger	5 %
Vollständige Zerreissung von stabilisierenden Kapselbandstrukturen (Bandrupturen) und vollständige Zerreissung von Sehnen (nicht Muskelfasern)	5 %
Bruch/Anbruch am Oberkörper:	
Schulterblatt	30 %
Schlüsselbein	20 %
Brustbein	10 %
Steißbein	10 %
Rippenserien	20 %
einer Rippe	10 %
Bruch/Luxation der Wirbelsäule (Hals, Brust- und Lendenwirbelsäule)	
Ein Wirbelkörper	15 %
Mehrere Wirbelkörper	30 %

Anbruch/knöcherner Ausriss der Wirbelsäule (Hals, Brust- und Lendenwirbelsäule)	
Ein Wirbelkörper	10 %
Mehrere Wirbelkörper	20 %
Bruch des Beckens	80 %
Anbruch/knöcherner Ausriss des Beckens	30 %
Bruch/Luxation des Hüftgelenks	80 %
Anbruch/knöcherner Ausriss des Hüftgelenks	30 %
Bruch/Luxation/Ruptur an den unteren Gliedmaßen:	
Oberschenkel ohne Gelenkbeteiligung	30 %
Knie	80 %
Innenband, Außenband, Meniskus	20 %
Kreuzbandriss	40 %
Unterschenkel ohne Gelenkbeteiligung	30 %
Sprunggelenk	80 %
Außenbandruptur (des Sprunggelenkes)	20 %
Anbruch/knöcherner Ausriss an den unteren Gliedmaßen:	
Oberschenkel ohne Gelenkbeteiligung	15 %
Knie	15 %
Unterschenkel ohne Gelenkbeteiligung	15 %
Sprunggelenk	15 %
Bruch/Anbruch/knöcherner Ausriss/Luxation an den Füßen:	
Fußwurzel	60 %
Mittelfuß	20 %
Großzehe	10 %
Sonstige Zehe	5 %
Verbrennungen des 2. Grades, soweit mehr als 10 Prozent der Körperoberfläche betroffen	40 %
Innere Verletzungen:	
Ruptur der Milz, Leber oder einer Niere	10 %
Ruptur mehrerer innerer Organe (Milz, Leber oder Niere)	20 %
Verlust/Abbruch von Zähnen (keine Milchzähne, Implantate und Prothesen):	
ein Zahn	10 %
mehrere Zähne	20 %

2.16 Haushaltshilfegeld

2.16.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die im Erwachsenentarif versicherte Person befindet sich unfallbedingt

– innerhalb von drei Jahren ab dem Tag des Unfalls, in ununterbrochener medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung von mehr als 10 Kalendertagen und

– in seinem Haushalt lebt keine Person, die in der Lage ist, die Haushaltsführung zu übernehmen.

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2.16.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das Haushaltshilfegeld

– in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme,

– ab dem 11. Tag für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 100 Tage.

Mehrere vollstationäre Behandlungen wegen desselben Unfalls gelten als eine ununterbrochene Behandlung.

Bestehen für die im Erwachsenentarif versicherte Person bei der Continentale Sachversicherung AG mehrere Unfallversicherungen, kann das Haushaltshilfegeld nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.16.3 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.17 Schulausfallgeld

2.17.1 Voraussetzungen für die Leistung

– Das versicherte Kind kann unfallbedingt nicht am Schulunterricht (allgemein bildende Schule oder gleichgestellte Einrichtung) teilnehmen.
– Sie haben uns den Beginn und die Dauer des unfallbedingten Schulausfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attests nachgewiesen.

2.17.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das Schulausfallgeld

– in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme,
– ab dem 15. Schulausfalltag für jeden Tag des Schulausfalls, längstens für 100 Tage.

Mehrere Schulausfälle wegen desselben Unfalls gelten als ein ununterbrochener Schulausfall.

2.17.3 Ende der Versicherung des Schulausfallgeldes

Die Versicherung des Schulausfallgeldes endet

– mit Umstellung auf den Erwachsenen-Tarif,
– spätestens zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

2.18 Rooming-in-Leistung

2.18.1 Voraussetzungen für die Leistung

Das versicherte Kind befindet sich unfallbedingt

– innerhalb von drei Jahren ab dem Tag des Unfalls, in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und
– ein Erziehungsberechtigter übernachtet mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in).

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2.18.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen die Rooming-in-Leistung

– pro Übernachtung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme,
– längstens für 100 Übernachtungen.

Mehrere vollstationäre Behandlungen wegen desselben Unfalls gelten als eine ununterbrochene Behandlung.

Bestehen für das versicherte Kind bei der Continentale Sachversicherung AG mehrere Unfallversicherungen, kann die Rooming-in-Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.18.3 Ende der Versicherung der Rooming-in-Leistung

Die Versicherung der Rooming-in-Leistung endet

– mit Umstellung auf den Erwachsenen-Tarif,
– spätestens zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

2.18.4 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.19 Zusätzliche Todesfall-Leistung für Vollwaisen

Eine vereinbarte Todesfall-Leistung erhöht sich um 25 %, sofern durch den Tod des versicherten Elternteils ein Kind, dass zum Zeitpunkt des Todes das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, Vollwaise wird.

Die Erhöhung um 25 % gilt auch für die im Rahmen einer Unfallrente vereinbarte Todesfall-Leistung.

2.20 Zusätzliche Todesfall-Leistung bei Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel

Eine vereinbarte Todesfall-Leistung erhöht sich um 25 %, sofern die versicherte Person den Unfall als Fahrgast bei der Nutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels erleidet. Unfälle beim Ein- und Aussteigen sind dabei mitversichert.

Als öffentliche Verkehrsmittel gelten im öffentlichen Personenverkehr auf dafür eingerichteten Linien eingesetzte Omnibusse, Straßenbahnen, Eisenbahnen, Schiffe und Fähren, Taxen und lizensierte Mietwagen zur Personenbeförderung mit Chauffeur und Flugzeuge im Linienverkehr (kein privater Charterverkehr).

Die Erhöhung um 25 % gilt auch für die im Rahmen einer Unfallrente vereinbarte Todesfall-Leistung.

3 Welche Leistungen sind generell mitversichert?

3.1 Serviceleistungen inklusive Auslands-Assistance und Bergungskosten

3.1.1 Art und Voraussetzung der Leistungen

3.1.1.1 Der versicherten Person sind nach einem Unfall

- Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
- Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik, oder
- Kostenübernahme des Rücktransports zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren, oder
- im Ausland zusätzliche Heimfahrt-, Unterbringungs- oder Verpflegungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner
- Kosten für medizinisch notwendige Dekompressions-Behandlungen entstanden.

Einem Unfall steht es gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

3.1.1.2 Bei einem Unfall im Ausland organisieren wir

- medizinisch notwendige Krankenrücktransporte nach Deutschland mit einem geeigneten Transportmittel und übernehmen hierfür die erforderlichen Kosten. Dies schließt notwendige An- und Abtransporte zum Flughafen und die Anmeldung im Zielkrankenhaus ein. Hierbei erfolgen eine Beratung und Betreuung der versicherten Person und ihrer Angehörigen.
- ein Fachgespräch zur Abklärung der medizinischen Versorgung vor Ort mit dem behandelnden Arzt im Ausland (Arzt-Arzt-Gespräch). Hierbei wird abgeklärt, ob und wie die versicherte Person nach Deutschland transportfiert werden kann. Die Kosten für eine erforderliche ärztliche Flugtauglichkeitsbescheinigung werden übernommen. Der Transport wird von einer medizinischen Crew begleitet.
- Auf Ihren Wunsch hin veranlassen wir auch Gespräche zwischen Arzt-Patienten oder Arzt-Angehörigen sowie Informationen an Angehörige sowie Arbeitgeber oder hausärztliche Konsultationen.
- eine Übersetzungshilfe, falls bei der unfallbedingten ambulanten/stationären Heilbehandlung neben den fremdsprachlich versierten Ärzten ein passender Dolmetscher benötigt wird. Sofern die Möglichkeit gegeben ist, vor Ort oder ggf. über Internet. Die Kosten für den Dolmetscher werden übernommen.
- bei Bedarf eine Fahrzeugüberführung (Lotsenfahrt) innerhalb von Europa inkl. Mittelmeeranrainerstaaten. In diesem Fall vermitteln wir der versicherten Person einen Rückholfahrer (Lotse), der ihn in seinem Fahrzeug oder nur sein Fahrzeug nach Deutschland fährt (vorausgesetzt ist, dass die Fahruntauglichkeit mit ärztlichem Attest nachgewiesen wird). Die Fahrzeugüberführung erfolgt grundsätzlich auf eigener Achse mit dem Fahrzeug der versicherten Person oder eines Angehörigen. Auf Anfrage können Fahrzeugüberführungen auf fremder Achse (Pickup-Transporte) vermittelt werden. Nach Rücksprache können die versicherte Person und mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner auf eigene Gefahr mitfahren.

3.1.1.3 Stirbt die versicherte Person unfallbedingt

- im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
- im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder wir organisieren die Überführung an einen Bestattungsort in Deutschland, inklusive aller notwendigen Dokumente, sowie der Beratung und Betreuung der Angehörigen und übernehmen hierfür die Kosten.

3.1.1.4 Wir nehmen 24 Stunden, auch außerhalb unserer Geschäftszeiten, Unfallmeldungen entgegen.

Bei einem Unfall im Ausland stehen wir Ihnen

- 24 Stunden am Tag und 365 Tage im Jahr
- telefonisch
- über unsere Notruf- und Alarmzentrale zur Verfügung (siehe Seite 3).

Wir bedienen uns dazu von uns beauftragter qualifizierter Dienstleister. In der Zentrale arbeitet ausschließlich medizinisch ausgebildetes Personal.

3.1.1.5 Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

3.1.2 Höhe der Leistungen

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zu Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Bestehen für die versicherte Person bei der Continentale mehrere Unfallversicherungen, können die Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3.1.3 Ausschluss der Dynamik

Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

3.2 Kurkostenbeihilfe

3.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat unfallbedingt

– innerhalb von drei Jahren ab dem Tag des Unfalls und

– für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen

eine stationäre medizinisch notwendige Kur in einem ärztlichen Sanatorium oder einer ärztlichen Kureinrichtung durchgeführt. Diese dient der Erholung von unfallbedingten Verletzungen nach einer vollstationären oder ambulanten Behandlung.

Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

Nicht als Kur gilt eine Behandlung,

– bei der die ärztliche Heilbehandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht (z. B. Anschlussheilbehandlung (AHB), Berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung (BGSW), oder

– die in einem Kur-/Wellnesshotel oder einer ähnlichen Einrichtung stattfindet.

3.2.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Kurkostenbeihilfe in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme einmal je Unfall.

Bestehen für die versicherte Person bei der Continentale Sachversicherung AG mehrere Unfallversicherungen, kann die Kurkostenbeihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3.2.3 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

3.3 Kosten für psychologische Betreuung

3.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

3.3.1.1 Die versicherte Person benötigt aufgrund einer selbst erlittenen Unfallverletzung

– eine psychologische Betreuung und

– nimmt diese innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall in Anspruch.

3.3.1.2 Voraussetzung ist auch, dass

– die Notwendigkeit einer psychologischen Betreuung durch ein Attest des Therapeuten bescheinigt wird und

– ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

3.3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten für bis zu 10 Sitzungen einer psychologischen Betreuung. Die Erstattung ist auf einen Betrag von insgesamt 2.000 EUR je Versicherungsfall begrenzt.

3.3.3 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt an einerm für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

4 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

4.1 Krankheiten und Gebrechen

Wir leisten ausschließlich für Unfallfolgen. Dies sind Gesundheitsschädigungen und ihre Folgen, die durch das Unfallereignis verursacht wurden.

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

Beispiel: Krankheiten sind z. B. Diabetes oder Gelenkserkrankungen; Gebrechen sind z. B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzungen

4.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen gilt Folgendes:

4.2.1 Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich

– bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfallrente der Prozentsatz des Invaliditätsgrades.

– bei der Todesfall-Leistung und, soweit nichts anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 %. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50 % mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5 %.

4.2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, nehmen wir keine Minderung vor.

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

- eine gesundheitliche Beeinträchtigung,
- die Einnahme von Medikamenten,
- Alkoholkonsum,
- Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen.

Beispiele: Die versicherte Person

- *stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter.*
- *kommt unter Alkoholeinfluss mit dem Fahrzeug von der Straße ab.*
- *torkelt alkoholbedingt auf dem Heimweg von der Gaststätte und fällt in eine Baugrube.*
- *balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.*

Ausnahme:

Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.

Ärztlich verordnete Medikamente

Die Bewusstseinsstörung trat infolge der Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten ein.

Mitversichert sind nur die Unfallfolgen; die Gesundheitsschädigung durch ärztlich verordnete Medikamente ist nicht versichert.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Alkohol

In den Versicherungsschutz sind Unfälle infolge von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen eingeschlossen, bei denen zum Unfallzeitpunkt der Blutalkoholgehalt

- beim Lenken von Kraftfahrzeugen unter 1,1 Promille (Grenze der absoluten Fahruntüchtigkeit) liegt; dieser Promillewert gilt solange, bis die höchstrichterliche Rechtsprechung hier einen anderen Wert festlegt,
- bei allen sonstigen Fällen unter 1,5 Promille liegt.

Herzinfarkt oder Schlaganfall

Es besteht ferner Versicherungsschutz für Unfälle die durch Bewusstseinsstörungen infolge eines Herzinfarktes oder eines Schlaganfalls verursacht werden.

Mitversichert sind nur die Unfallfolgen; die Gesundheitsschädigung durch den eigentlichen Herzinfarkt oder Schlaganfall ist nicht mitversichert.

5.1.2 **Straftat**

Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

5.1.3 **Krieg/Bürgerkrieg**

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Ausnahme:

Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Diese Ausnahme gilt nicht

- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen und
- im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

5.1.4 **Luftfahrtrisiko**

Unfälle der versicherten Person

- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgerätes, soweit nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt wird,

  Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger

- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,

Beispiel: Flugbegleiter, Funker, Bordmechaniker

– bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind.

Beispiel: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung, Flüge zur Verkehrsüberwachung

– bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

Ausnahme:

Es besteht Versicherungsschutz für Ärzte oder medizinisches Bordpersonal während ihrer beruflichen Tätigkeit an Bord von Flugzeugen oder Hubschraubern, ohne diese selbst zu steuern.

5.1.5 **Rennsport**

Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Ausnahme:

Versicherungsschutz besteht

– für Unfälle bei Fahrtveranstaltungen, einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten, bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten (Oldtimer-, Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten) ankommt.

– für das Fahren mit Leihkarts auf öffentlichen Kartbahnen in Deutschland.

5.1.6 **Kernenergie**

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

5.1.7 **Sport gegen Entgelt**

Unfälle

– beim Sport, den die versicherte Person als Berufssportler betreibt.

– die bei der Ausübung von Sport eintreten, aus dem die versicherte Person überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 %) ihren Lebensunterhalt verdient (einschließlich Sportförderung und entsprechende Tätigkeit innerhalb von Polizei, Bundeswehr oder ähnlichem).

– beim Sport, den die versicherte Person betreibt und dafür ein monatliches Entgelt über der gesetzlich geregelten Minijob-Grenze erhält. Der Versicherungsschutz ist in diesem Fall nur für die Leistungsarten Schmerzensgeld und Tagegeld ausgeschlossen.

(siehe im Einzelnen die Tarifbestimmungen mit Berufs- und Gefahrgruppenverzeichnis zu UnfallGiro)

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

5.2.1 **Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen**

Ausnahme:

– Ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 hat diese Gesundheitsschädigung überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 %) verursacht, und

– für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.2 **Gesundheitsschäden durch Strahlen**

Ausnahme:

Unter den Versicherungsschutz fallen jedoch Gesundheitsschäden durch Röntgen-, Laser- oder Maserstrahlen oder künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen.

Diese Ausnahme gilt nicht:

Für Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.

5.2.3 **Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder medizinische oder sonstige Eingriffe am Körper** der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.

Ausnahme:

– Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und

– für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel: Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.

5.2.4 **Infektionen**

Infektionen sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie durch geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

5.2.4.1 Ausnahme:

Die versicherte Person infiziert sich

– mit Tollwut oder Wundstarrkrampf.

– mit Krankheitserregern, die durch Insektenstiche oder -bisse oder sonstige von Tieren verursachte Haut- oder Schleimhautverletzungen übertragen werden. Allergische Reaktionen auf Insektenstiche oder -bisse sind ebenfalls mitversichert.

Beispiele: Borreliose, Brucellose, Enzephalitis, Fleckfieber, Gelbfieber, Malaria, Meningitis, Pest

– mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
– durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziffer 5.2.3).
– durch Impfung. Abweichend von Ziffer 1.3 sind durch Schutzimpfungen hervorgerufene Infektionen (Impfschäden) mitversichert. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung. Die Schutzimpfung muss gesetzlich vorgeschrieben oder angeordnet oder von einer zuständigen Behörde empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen oder sonst ärztlich empfohlen und durchgeführt worden sein.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nach Ziffer 5.2.4 nicht.

5.2.4.2 Ausgenommen sind auch:

Infektionen für Angehörige der unter 5.2.4.2.1.1 genannten Berufe

5.2.4.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

5.2.4.2.1.1 Die versicherte Person ist

– Chemiker/in oder Desinfektor/in,
– Arzt/Ärztin, Zahnarzt/-ärztin, Arzthelfer/in, Zahnarzthelfer/in, Zahntechniker/in, Heilpraktiker/in, Hebamme oder Entbindungspfleger,
– Student/in der Medizin oder der Zahnheilkunde,
– Angehörige/r des Krankenpflegepersonals (Krankenschwester/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelfer/in) und Altenpflegepersonal,
– Angehörige/r ambulanter Pflegedienste (auch ambulanter Altenpflege),
– Tierarzt/-ärztin, Tierheilpraktiker/in, oder Student/in der Tierheilkunde,
– bei Polizei, Berufs- und Freiwillige Feuerwehr oder Rettungsdienst tätig

und hat sich in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit infiziert.

5.2.4.2.1.2 Es geht aus

– der Krankengeschichte,
– dem Befund oder
– der Natur der Erkrankung

hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der in Ziffer 5.2.4.2.1.3 bestimmten Art in den Körper gelangt sind.

5.2.4.2.1.3 Die Krankheitserreger sind auf einem der nachfolgenden Wege in den Körper der versicherten Person gelangt:

– Beschädigung der Haut.

  Es muss mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein.
– Bei Chemikern und Desinfektoren durch plötzliches Eindringen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase.
– Bei den unter Ziffer 5.2.4.2.1.1 genannten Heil- oder Pflegeberufen durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase.

Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.

Für Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst sind Infektionen durch Anspucken, Anhusten, Anniesen oder Anhauchen jedoch mitversichert.

Für versicherte Personen, die in den unter Ziffer 5.2.4.2.1.1 genannten Heil- oder Pflegeberufen tätig sind, besteht jedoch Versicherungsschutz für Diphterie und Tuberkulose.

5.2.4.2.1.4 Kein Versicherungsschutz besteht bei Chemikern und Desinfektoren für Gesundheitsschäden, die

– Folge der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien sind,
– allmählich zustande kommen und
– Berufskrankheiten sind.

5.2.4.2.2 Erweiterte Fristen für Invaliditätsleistung und Unfallrente

Abweichend von Ziffer 2.1.1 gilt:

Die Invalidität aufgrund der Infektion ist innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall

– eingetreten,
– von einem Arzt schriftlich festgestellt und
– innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden.

5.2.5 **Vergiftungen**

Ausnahme:

Versicherungsschutz besteht, unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person, für Vergiftungen infolge versehentlicher oder unfreiwilliger Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).

5.2.6 **Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen**, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Beispiele:

– *Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall*

– *Angstzustände eines Opfers einer Straftat*

5.2.7 **Bauch- oder Unterleibsbrüche**

Ausnahme:

Sie sind durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht worden. Als Unfall gelten auch durch Eigenbewegung verursachte Bauch- oder Unterleibsbrüche.

6 Was müssen Sie – bei vereinbartem Kinder-Tarif – bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung und – bei Vollendung des 70. Lebensjahres beachten?

6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

6.1.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 10.5), in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen und Beiträgen.

Danach stellen wir die Versicherung auf den zu diesem Zeitpunkt gültigen Erwachsenentarif um.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

– Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag, oder

– Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.

6.1.2 Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate vor Beginn des neuen Versicherungsjahres (Ziffer 10.5) noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.

Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis (zur richtigen Tarifeinstufung siehe im Einzelnen die Tarifbestimmungen mit Berufs- und Gefahrgruppenverzeichnis zu UnfallGiro).

6.2.1 Mitteilung der Änderung

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Freiwilliger Wehrdienst, militärische Reserveübungen oder sonstiger befristeter freiwilliger sozialer Dienst (freiwilliges Jahr, Bundesfreiwilligendienst) fallen nicht darunter.

6.2.2 Auswirkungen der Änderung

6.2.2.1 Errechnet sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleichbleibenden Versicherungssummen nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif ein niedrigerer Beitrag, so gilt dieser, sobald uns Ihre Erklärung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Errechnet sich dagegen ein höherer Beitrag, gilt dieser nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Erleidet die versicherte Person nach Ablauf dieser Frist einen Unfall, ohne dass uns die Änderung angezeigt worden ist oder Sie mit uns eine Einigung über den Beitrag erzielt haben, reduzieren wir die Versicherungssummen im Verhältnis des erforderlichen Beitrags zum bisherigen Beitrag.

6.2.2.2 Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag im Rahmen der versicherbaren Mindest-/Höchstsummen auch mit dem bisherigen Beitrag bei erhöhten oder reduzierten Versicherungssummen weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.

6.2.2.3 Bieten wir für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung nach unserem Tarif keinen Versicherungsschutz, können wir den Vertrag kündigen. Die Kündigung wird einen Monat nach Zugang wirksam.

Das Kündigungsrecht erlischt,

– wenn wir es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt haben, zu dem wir von der Änderung Kenntnis erlangt haben, oder

– wenn die versicherte Person ihre vorherige Berufstätigkeit oder Beschäftigung wieder aufgenommen hat.

Haben Sie die Änderungsanzeige nicht unverzüglich gemacht, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Unfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu welchem uns die Anzeige hätte zugehen müssen.

Unsere Verpflichtung bleibt bestehen, wenn uns die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zu dem Zeitpunkt bekannt war, zu dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen.

Das Gleiche gilt, wenn bei Eintritt des Unfalls

– die Frist für unsere Kündigung abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder

– wenn die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung keinen Einfluss auf den Eintritt des Unfalls und auf den Umfang unserer Leistung gehabt hat.

6.3 Umstellung nach Vollendung des 70. Lebensjahres

6.3.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 10.5), in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen und Beiträgen.

Danach stellen wir die Versicherung auf den zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif für Personen ab dem vollendeten 70. Lebensjahr um.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

– Sie führen die Versicherung nach diesem Tarif – für Personen ab dem vollendeten 70. Lebensjahr zu geänderten Bedingungen – weiter, oder

– Sie kündigen die Versicherung in Textform zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet.

6.3.2 Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht, den Umfang des Versicherungsschutzes und den Beitrag informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate vor Beginn des neuen Versicherungsjahres (Ziffer 10.5) noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

Der Leistungsfall

7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die vereinbarten Leistungsarten sind in Ziffer 2 bzw. in den jeweiligen vereinbarten Besonderen (bzw. Zusatz-) Bedingungen geregelt.

Im Folgenden beschreiben wir Verhaltensregeln (Obliegenheiten). Sie oder die versicherte Person müssen diese nach einem Unfall beachten, denn ohne Ihre Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen.

7.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistungspflicht führt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

Durften Sie oder die versicherte Person nach den Umständen zunächst davon ausgehen, dass der Unfall keine Leistungspflicht herbeiführt, sind diese Obliegenheiten unverzüglich zu erfüllen, wenn die tatsächliche Gesundheitsschädigung und deren Folgen erkennbar sind.

Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

7.2 Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.

7.3 Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von den Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.

Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausfall, der durch die Untersuchung entsteht.

7.4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

– Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben.

– anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.

7.5 Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 7 Tagen zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

Die Frist beginnt, sobald Sie oder der Anspruchsberechtigte

– Kenntnis vom Tod der versicherten Person erlangen

und

– mit der Möglichkeit rechnen mussten, dass der Tod Folge des Unfalls ist.

Soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, ist uns das Recht zu verschaffen, eine Obduktion – durch einen von uns beauftragten Arzt – durchführen zu lassen.

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 7 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

Dies gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

9 Wann sind die Leistungen fällig?

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dazu gilt Folgendes:

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Bei der Invaliditätsleistung und der Unfallrente beträgt die Frist drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

– Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.

– Bei der Invaliditätsleistung und der Unfallrente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.2 Fälligkeit der Leistung

Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.

9.3 Vorschüsse

Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.

Beispiel: Es steht fest, dass Sie von uns eine Invaliditätsleistung erhalten. Allerdings ist die Höhe der Leistung noch nicht bestimmbar.

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfall-Leistung beansprucht werden.

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrads können sich Veränderungen des Gesundheitszustandes ergeben.

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.

– Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1 mit.

– Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies vor Ablauf der Frist mitteilen.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, ist der Mehrbetrag mit 5 Prozent jährlich zu verzinsen.

9.5 Anforderung von Lebensbescheinigungen

Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Die Versicherungsdauer

**10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?
Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?**

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.2 zahlen.

10.2 Dauer und Ende des Vertrags

10.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

10.2.2 Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird. Kündigen können sowohl Sie als auch wir. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der Vertragslaufzeit zugehen.

10.2.3 Vertragsbeendigung

Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, zum vorgesehenen Zeitpunkt, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

10.2.3.1 Umzug ins Ausland

Der Vertrag endet mit dem amtlichen Abmeldedatum, wenn der Versicherungsnehmer dauerhaft ins Ausland verzieht.

Verzieht eine versicherte Person dauerhaft ins Ausland, endet der Versicherungsschutz mit dem amtlichen Abmeldedatum.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Sie oder wir können den Vertrag kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben, oder wenn Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein.

Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald sie uns zugeht. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird; spätestens jedoch zum Ablauf des Versicherungsjahres.

Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.

10.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist.

Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

Für die versicherte Person ist kein Beitrag zu zahlen, solange der Versicherungsschutz für sie außer Kraft tritt.

10.5 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

Ausnahme:

Besteht die vereinbarte Vertragsdauer nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.

Beispiel: Bei einer Vertragsdauer von 15 Monaten beträgt das erste Versicherungsjahr 3 Monate, das folgende Versicherungsjahr 12 Monate.

Der Versicherungsbeitrag

11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

11.1 Beitrag und Versicherungssteuer

11.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Danach bestimmt sich die Dauer der Versicherungsperiode: Sie beträgt

- bei Monatsbeiträgen einen Monat,
- bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr,
- bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und
- bei Jahresbeiträgen ein Jahr.

Bei einem einmaligen Beitrag ist die Versicherungsperiode die vereinbarte Vertragsdauer, jedoch höchstens ein Jahr.

11.1.2 Versicherungssteuer

Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer. Diese haben Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu zahlen.

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/erster oder einmaliger Beitrag

11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Der erste oder einmalige Beitrag ist rechtzeitig, d.h. innerhalb von 14 Tagen nach der Aufforderung des Versicherers, zu zahlen, damit der Versicherungsschutz zu dem vereinbarten Zeitpunkt beginnt. Dies gilt unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufrechts.

Zahlen Sie nicht rechtzeitig nach dem in Absatz 1 bestimmten Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt zu dem die Zahlung veranlasst wurde.

Weicht der Versicherungsschein von dem von Ihnen gestellten Antrag oder getroffenen Vereinbarungen ab, ist der erste oder einmalige Beitrag frühestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben.

Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben, beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt.

Sofern Sie die Nichtzahlung des ersten oder einmaligen Beitrags zu vertreten haben, sind wir für einen vor Zahlung des Beitrags eingetretenen Versicherungsfall nicht zur Leistung verpflichtet (leistungsfrei).

11.2.3 Rücktritt

Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.

11.3.2 Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben.

Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 11.3.3).

11.3.3 Zahlungsfrist

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:

– Die ausstehenden Beiträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und

– die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 11.3.4. mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

11.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

Wenn Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist den angemahnten Betrag noch nicht bezahlt haben,

– besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz.

– können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten.

Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.

11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

Wenn wir die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart haben, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden kann und Sie nach einer Aufforderung in Textform unverzüglich zahlen.

Wenn Sie es zu vertreten haben, dass der fällige Beitrag nicht eingezogen werden kann, weil

– Sie das SEPA-Lastschriftmandat widerrufen haben, oder

– Sie aus anderen Gründen zu vertreten haben, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann,

sind wir berechtigt, künftig eine andere Zahlungsweise zu verlangen.

Sie müssen allerdings erst dann zahlen, wenn wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben.

11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.

11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

– Sie bei Versicherungsbeginn für das jeweilige Kind das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,

– die Versicherung nicht gekündigt war und

– Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt Folgendes:

11.6.1 Wir führen die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

11.6.2 Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

Weitere Bestimmungen

12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

12.1 Fremdversicherung

Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag stehen ausschließlich Ihnen als Versicherungsnehmer zu. Das gilt auch, wenn die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen ist, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung).

Wir zahlen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag auch dann an Sie aus, wenn der Unfall nicht Ihnen, sondern einer anderen versicherten Person zugestoßen ist.

Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

12.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig in Textform anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir

– nach Ihrer Vertragserklärung,

– aber noch vor Vertragsannahme

in Textform stellen.

Soll eine andere Person als Sie selbst versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall

– vom Vertrag zurücktreten,

– den Vertrag kündigen,

– den Vertrag anpassen oder

– den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

13.2.1 Rücktritt

Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

– weder eine vorsätzliche,

– noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

Auch wenn die Anzeigepflicht nur grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung bestehen:

Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

– weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls,

– noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

Im Fall des Rücktritts steht uns der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragslaufzeit entspricht.

13.2.2 Kündigung

Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

13.2.3 Vertragsanpassung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen hin rückwirkend Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziffer 11.1.1) Vertragsbestandteil.

Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben kündigen, wenn

– wir im Rahmen einer Vertragsanpassung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder

– wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsanpassung hinweisen.

13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen.

Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist.

Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen.

Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

13.4 Anfechtung

Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrages durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist.

Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragslaufzeit entspricht.

13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 13.1 bis 13.4 geltend entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

14 Gestrichen

15 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

15.1 Gesetzliche Verjährung

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

15.2 Aussetzung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns geltend gemacht worden, ist die Verjährung gehemmt. Dies gilt von der Geltendmachung bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

16 Welches Gericht ist zuständig? An wen können Sie sich bei Meinungsverschiedenheiten wenden?

16.1 Zuständiges Gericht

16.1.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:

– das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist.

– das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

16.1.2 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, das Gericht am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig.

16.1.3 Für den Fall, dass Sie Ihren Wohnsitz oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb Deutschlands haben oder ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist, ist abweichend zu der Regelung nach Ziffer 16.1.1 und 16.1.2 ausschließlich das Gericht örtlich zuständig, das für unseren Sitz zuständig ist.

16.2 Meinungsverschiedenheiten

Wir haben uns zur Teilnahme am folgenden Schlichtungsverfahren verpflichtet:

Wenn Sie als Verbraucher mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, können Sie sich mündlich oder in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) an den Versicherungsombudsmann e. V.wenden.

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 080632
10006 Berlin
http://www.versicherungsombudsmann.de
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Telefon: 0800 3696000, Fax: 0800 3699000 (kostenfrei aus dem deutschen Telefonnetz).

Der Versicherungsombudsmann e. V. ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Voraussetzung für das Schlichtungsverfahren vor dem Ombudsmann ist aber, dass Sie uns zunächst die Möglichkeit gegeben haben, unsere Entscheidung zu überprüfen.

17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

17.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:

– an unsere Hauptverwaltung oder

– an die Servicestelle, die für Sie zuständig ist. Welche Servicestelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.

17.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:

Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir diese per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben.

Das gilt auch, wenn Sie uns eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.

18 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt ausschließlich deutsches Recht.

19 Wie und unter welchen Voraussetzungen können Bedingungen angepasst werden?

19.1 Wir sind berechtigt, die jeweils betroffenen Bedingungen des Versicherungsvertrags zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen (Anpassung), wenn

– sich Änderungen bestehender oder Inkrafttreten neuer Rechtsvorschriften unmittelbar auf sie auswirken,

– sich die höchstrichterliche Rechtsprechung zu ihnen ändert,

– ein Gericht ihre Unwirksamkeit rechtskräftig feststellt oder

– sie durch das Versicherungsaufsichts- oder das Kartellamt durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für mit geltendem Recht nicht vereinbar erklärt werden oder gegen Leitlinien oder Rundschreiben dieser Behörden verstoßen.

19.2 Die Anpassung kommt nur in Betracht für Bedingungen über

– Gegenstand und Umfang der Versicherung,

– Ausschlüsse,

– Obliegenheiten nach Vertragsschluss,

– Beitragsanpassung,

– Vertragsdauer und

– Kündigung.

19.3 Die Anpassung ist nur zulässig, wenn durch die genannten Änderungsanlässe das bei Vertragsschluss zugrunde gelegte Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung in nicht unbedeutendem Maße gestört ist. In den Fällen der Unwirksamkeit und der Beanstandung einzelner Bedingungen ist die Anpassung darüber hinaus nur dann zulässig, wenn die gesetzlichen Vorschriften keine Regelungen enthalten, die an die Stelle der unwirksamen oder beanstandeten Bedingungen treten.

19.4 Durch die Anpassung darf das bei Vertragsschluss zugrunde gelegte Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung bei Gesamtbetrachtung der Anpassung nicht zu Ihrem Nachteil geändert werden (Verschlechterungsverbot). Die Anpassung muss nach den Grundsätzen einer ergänzenden Vertragsauslegung unter Wahrung der beiderseitigen Interessen erfolgen.

19.5 Unsere Anpassungsbefugnis besteht unter den oben genannten Voraussetzungen für im Wesentlichen inhaltsgleiche Bedingungen, wenn sich die gerichtlichen und behördlichen Entscheidungen gegen Bedingungen anderer Versicherer richten.

19.6 Die Zulässigkeit und Angemessenheit der Anpassung muss von einem unabhängigen Treuhänder überprüft und bestätigt werden. Die Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Bestellung eines Treuhänders gelten entsprechend.

19.7 Die angepassten Bedingungen werden wir Ihnen in Schriftform bekannt geben und erläutern. Sie können den Vertrag bis und zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung in Textform kündigen.

20 Embargos

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

21 Garantie: GDV-Musterbedingungen

Wir garantieren, dass unsere Leistungsinhalte Sie in keinem Punkt schlechterstellen, als die vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Leistungsinhalte der Musterbedingungen, den AUB 2014.

4 Weitere Besondere Bedingungen und Zusatzbedingungen (diese haben nur Gültigkeit, wenn sie ausdrücklich vereinbart sind)

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 225 Prozent (BB Progression 225 %)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 4 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 der AUB 2020 XL der Continentale gilt:

1 Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 1 Prozent aus der Versicherungssumme.

2 Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 1 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %
26	27	45	65	64	117	83	174
27	29	46	67	65	120	84	177
28	31	47	69	66	123	85	180
29	33	48	71	67	126	86	183
30	35	49	73	68	129	87	186
31	37	50	75	69	132	88	189
32	39	51	78	70	135	89	192
33	41	52	81	71	138	90	195
34	43	53	84	72	141	91	198
35	45	54	87	73	144	92	201
36	47	55	90	74	147	93	204
37	49	56	93	75	150	94	207
38	51	57	96	76	153	95	210
39	53	58	99	77	156	96	213
40	55	59	102	78	159	97	216
41	57	60	105	79	162	98	219
42	59	61	108	80	165	99	222
43	61	62	111	81	168	100	225
44	63	63	114	82	171		

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 350 Prozent (BB Progression 350 %)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 4 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 der AUB 2020 XL der Continentale gilt:

1 Für für jeden Prozentpunkt, des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %
26	28	45	85	64	170	83	265
27	31	46	88	65	175	84	270
28	34	47	91	66	180	85	275
29	37	48	94	67	185	86	280
30	40	49	97	68	190	87	285
31	43	50	100	69	195	88	290
32	46	51	105	70	200	89	295
33	49	52	110	71	205	90	300
34	52	53	115	72	210	91	305
35	55	54	120	73	215	92	310
36	58	55	125	74	220	93	315
37	61	56	130	75	225	94	320
38	64	57	135	76	230	95	325
39	67	58	140	77	235	96	330
40	70	59	145	78	240	97	335
41	73	60	150	79	245	98	340
42	76	61	155	80	250	99	345
43	79	62	160	81	255	100	350
44	82	63	165	82	260		

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 500 Prozent (BB Progression 500 %)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 4 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 der AUB 2020 XL der Continentale gilt:

1 Für jeden Prozentpunkt, des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

2 Für jeden Prozentpunkt, des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 3 Prozent aus der Versicherungssumme.

3 Für jeden Prozentpunkt, des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 75 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 4 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %
26	28	45	85	64	184	83	330
27	31	46	88	65	190	84	340
28	34	47	91	66	196	85	350
29	37	48	94	67	202	86	360
30	40	49	97	68	208	87	370
31	43	50	100	69	214	88	380
32	46	51	106	70	220	89	390
33	49	52	112	71	226	90	400
34	52	53	118	72	232	91	410
35	55	54	124	73	238	92	420
36	58	55	130	74	244	93	430
37	61	56	136	75	250	94	440
38	64	57	142	76	260	95	450
39	67	58	148	77	270	96	460
40	70	59	154	78	280	97	470
41	73	60	160	79	290	98	480
42	76	61	166	80	300	99	490
43	79	62	172	81	310	100	500
44	82	63	178	82	320		

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 1000 Prozent (BB Progression 1000 %)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 4 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 der AUB 2020 XL der Continentale gilt:

1 Für jeden Prozentpunkt, des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 4 Prozent aus der Versicherungssumme.

2 Für jeden Prozentpunkt, des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 12 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %
26	30	45	125	64	388	83	711
27	35	46	130	65	405	84	728
28	40	47	135	66	422	85	745
29	45	48	140	67	439	86	762
30	50	49	145	68	456	87	779
31	55	50	150	69	473	88	796
32	60	51	167	70	490	89	813
33	65	52	184	71	507	90	830
34	70	53	201	72	524	91	847
35	75	54	218	73	541	92	864
36	80	55	235	74	558	93	881
37	85	56	252	75	575	94	898
38	90	57	269	76	592	95	915
39	95	58	286	77	609	96	932
40	100	59	303	78	626	97	949
41	105	60	320	79	643	98	966
42	110	61	337	80	660	99	983
43	115	62	354	81	677	100	1000
44	120	63	371	82	694		

Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für bestimmte Berufsgruppen in der Unfallversicherung (Spezialgliedertaxe)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit nachfolgenden verbesserten Leistungen im Invaliditätsfall vereinbart.

1 Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale) gelten bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm oder Hand	100 %
Daumen oder Zeigefinger	60 %
anderer Finger	20 %
Bein oder Fuß	70 %
große Zehe	8 %
andere Zehe	5 %
Auge	80 %
Gehör auf beiden Ohren	70 %

2 Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Reha-Leistungen in der Unfallversicherung (Reha-Service)

Ergänzend zu Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen AUB 2020 XL der Continentale erhalten Sie Reha-Leistungen über einen von uns beauftragten qualifizierten Dienstleister entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Voraussetzung für die Leistungen
2 Art, Umfang und Dauer der Leistungen
3 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
4 In welchen Fällen kann der Beitrag für die Reha-Leistungen neu festgesetzt werden?
5 Was müssen Sie bei Vollendung des 18. Lebensjahres beachten?

1 Voraussetzung für die Leistungen

1.1 Die versicherte Person hat unfallbedingt eine der folgenden schweren Verletzungen erlitten:

– Schädel-, Hirnverletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnquetschung (Contusion) oder Hirnblutung
– Fraktur des Beckens
– Oberarmkopffraktur
– Fraktur mit Beteiligung des Ellenbogens
– Oberschenkelhalsbruch
– Fraktur des Schienenbeinkopfs
– CRPS (Sudeck)

oder

1.2 die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalls in ununterbrochener medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung, deren Dauer ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen mindestens zehn Tage beträgt.

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2 Art, Umfang und Dauer der Leistungen

2.1 Die versicherte Person kann bei Vorliegen der Voraussetzung die Reha-Leistungen unseres medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Reintegrationsdienstes in Anspruch nehmen.

Der von uns ausgewählte Dienstleister

– wird auf der Grundlage der medizinischen Diagnosen und Unterlagen unter Berücksichtigung der individuellen Situation der versicherten Person die grundsätzliche Vorgehensweise empfehlen und
– bei Bedarf umfassende Empfehlungen zur medizinischen, schulischen, berufskundlichen und sozialen rehabilitativen Betreuung erarbeiten und kontinuierlich bis zur medizinischen, sozialen und schulischen/beruflichen Rehabilitation begleiten.

2.2 Art und Umfang der Leistungen sowie die Dauer der Leistungserbringung sind insbesondere abhängig von der Art der Verletzung, ihrem Verlauf und ihren Folgen.

Die Leistungen werden erbracht, bis nach Beurteilung des medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Reintegrationsdienstes Fortschritte hinsichtlich der medizinischen, sozialen, schulischen und beruflichen Rehabilitation nicht mehr zu erwarten sind.

Wir übernehmen bis zu einem Betrag von insgesamt 10.000 € je Versicherungsfall die Kosten

– für die Reha-Leistungen unseres medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Reintegrationsdienstes.
– einer notwendigen Heilbehandlung im stationären und ambulanten Bereich (u.a. Ergotherapie, Elektrotherapie, Manuelle Therapie, Massagen, Lymphdrainagen, Logopädie).
– für eine berufsbedingte Umschulungsmaßnahme.

Besteht unfallbedingt die Notwendigkeit einer prothetischen Versorgung oder der Versorgung mit anderen Hilfsmitteln, ersetzen wir die dadurch entstehenden Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 5.000 € je Versicherungsfall.

Als Voraussetzung für den Ersatz der Kosten gilt jeweils, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Die sonstigen Kosten, die aus der Durchführung der empfohlenen Maßnahmen selbst entstehen, werden nicht übernommen.

Die Reha-Leistungen enden spätestens vier Jahre nach dem Unfall der versicherten Person. Bei Personen, die bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, verlängert sich dieser Zeitraum von vier auf fünf Jahre nach dem Unfall.

2.3 Die Reha-Leistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland. Dies gilt nicht, wenn der Auslandsaufenthalt Teil des Rehabilitationsprozesses ist, der von uns oder vom eingeschalteten Beratungs- und Reintegrationsdienst vorgeschlagen wurde.

2.4 Mit der Erbringung der Reha-Leistungen ist eine Anerkennung unserer Leistungspflicht aus dem Vertrag nicht verbunden, da aus medizinischen/sozialen Gründen mit der Einschaltung des Beratungs- und Reintegrationsdienstes nicht immer bis zu unserer abschließenden Prüfung des Versicherungsschutzes abgewartet werden kann.

3 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ergänzend zu Ziffer 7 AUB 2020 XL der Continentale gilt folgende Obliegenheit:

Die Reha-Leistungen müssen Sie oder die versicherte Person spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage

– eines objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Berichts oder

– einer Bescheinigung über die ununterbrochene vollstationäre Heilbehandlung bei uns geltend machen.

Wird diese Obliegenheit verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 der AUB 2020 XL der Continentale gilt entsprechend.

4 In welchen Fällen kann der Beitrag für die Reha-Leistungen neu festgesetzt werden?

4.1 Den für die Reha-Leistungen vereinbarten Beitrag können wir entsprechend der Entwicklung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen und entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs anpassen.

4.2 Anpassung entsprechend der Veränderung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen

4.2.1 Als Maßstab dient die Veränderung des vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Verbraucherindex für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen (Nr. 124), ersatzweise des von Amts wegen an dessen Stelle tretenden Index.

4.2.2 Wir ermitteln zum Ende jeden Kalenderjahres die Veränderung des Index seit der letzten Beitragsfestsetzung. Eine sich bei diesem Vergleich ergebende Veränderung wird nur berücksichtigt, wenn nicht zum gleichen Zeitpunkt

– eine Anpassung entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs nach Ziffer 4.3 erfolgt und

– wenn die Veränderung mindestens 5 % beträgt.

In diesem Falle sind wir bei einer Erhöhung berechtigt, bei einer Verminderung verpflichtet, den Beitrag entsprechend anzupassen.

4.3 Anpassung entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs

Wir sind berechtigt, den Beitrag für die Reha-Leistungen neu festzusetzen,

– wenn sich gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und dem daraus errechneten Beitrag eine Veränderung des Bedarfs für die Erfüllbarkeit der Leistungen ergibt und

– diese Veränderung nicht vorhersehbar und als nicht vorübergehend anzusehen ist.

Die Neufestsetzung ist nur zulässig, wenn

– sie erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Leistungen zu gewährleisten und

– ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen und sonstigen Voraussetzungen für die Änderungen überprüft

und deren Angemessenheit bestätigt hat.

Die Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Bestellung eines Treuhänders gelten entsprechend.

Der Beitrag wird dann entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen neu festgesetzt.

4.4 Eine Anpassung nehmen wir zu Beginn des auf die Feststellung folgenden Versicherungsjahres vor.

4.5 Bei Erhöhung des Beitrags für die Reha-Leistungen können Sie innerhalb eines Monats nach Eingang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, die Versicherung der Reha-Leistungen in Textform kündigen. Der Versicherungsvertrag im Übrigen bleibt von dieser Kündigung unberührt.

5 Was müssen Sie bei Vollendung des 18. Lebensjahres beachten?

Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, erfolgt nach Ziffer 6.1 der AUB 2020 XL der Continentale die Umstellung in den Tarif für Erwachsene. Ergänzend zu Ziffer 6.1 der AUB 2020 XL der Continentale haben Sie jedoch folgendes Wahlrecht:

– Sie behalten für die Geldleistungen die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.

– Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssummen der Geldleistungen entsprechend um den Anteil, um den sich der Beitrag für die Reha-Leistungen sowie Geldleistungen erhöht. Die vereinbarten Reha- Leistungen bleiben unverändert.

Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate vor Beginn des neuen Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.5 der AUB 2020 XL der Continentale noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Betreuungsleistungen in der Unfallversicherung (Betreuungs-Service)

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2020 der Continentale) erbringen wir Betreuungsleistungen entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Was ist versichert?
2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Betreuungsleistungen?
3 Welche Leistungen sind versichert?
4 Dauer der Leistungen
5 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?
6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
7 Wann sind die Betreuungsleistungen fällig?
8 In welchen Fällen kann der Beitrag für die Betreuungsleistungen neu festgesetzt werden?
9 Was müssen Sie bei Vollendung des 18. Lebensjahres beachten?

1 Was ist versichert?

1.1 Führt ein Unfall des versicherten Kindes zu einem Betreuungsbedarf, erbringen wir als Versicherer im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfangs Betreuungsleistungen. Wir bedienen uns dazu von uns beauftragter qualifizierter Dienstleister.

1.2 Die Betreuungsleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Betreuungsleistungen?

2.1 Voraussetzungen für die Leistungen

– Das versicherte Kind ist durch den Unfall in seiner körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit so beeinträchtigt, dass es eine Betreuung benötigt (Betreuungsbedürftigkeit).
– In dem Haushalt lebt keine Person, die die Betreuung übernehmen kann.

2.2 Bedarfsermittlung und Umfang der Leistungen

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Betreuungsleistungen aus Art und Umfang der Betreuungsbedürftigkeit. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 3 aufgeführten Leistungen.

2.3 Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis verursachten Betreuungsbedürftigkeit mitgewirkt, so wird dies abweichend von Ziffer 4 der (AUB 2020 der Continentale) nicht berücksichtigt.

3 Welche Leistungen sind versichert?

Die Leistungen umfassen die Betreuung des versicherten Kindes einschließlich

– der Hausaufgabenbetreuung für Grundschüler,
– der Zubereitung von Mahlzeiten,
– der Hilfe bei der Nahrungsaufnahme und beim An- und Auskleiden sowie
– der Unterstützung bei der Körperpflege (nicht medizinischer Art).

Wir organisieren folgende Fahrdienste (Hin- und Rückfahrt) inklusive Begleitung für das versicherte Kind:

– zum Kindergarten oder zur Kindertagesstätte und Schule,
– zu Vereinen, in denen das Kind Mitglied ist,
– zu entgeltlichen Kursen und Unterrichts-/Nachhilfestunden,
– zu Arztterminen, zu ärztlich verordneten Anwendungen.

Wir übernehmen für die Fahrdienste die Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 2.500 EUR.

3.1 Pflegeschulung für Angehörige

Erfolgt die Pflege des Kindes durch einen pflegenden Angehörigen, wird die erforderliche Schulung für die täglichen Pflegetätigkeiten durchgeführt. Es handelt sich bei dieser Leistung um eine einmalige Schulungsmaßnahme.

3.2 Psychologische (Erst-)Beratung

Wir unterstützen Sie und ihre Angehörigen bei traumatischen Ereignissen und schweren Belastungssituationen infolge eines Unfalls und vermitteln hier psychologische (Erst-)Beratungen. Grundsätzlich erfolgen drei Beratungsgespräche durch Psychologen per Telefon, Mail oder Skype. In Ausnahmefällen oder besonders schweren Fällen ist auch eine Beratung vor Ort möglich. Alternativ oder zur Aufnahme einer ambulanten oder stationären Therapie werden Psychologen vor Ort vermittelt, sofern diese örtlich verfügbar sind.

3.3 Pflegehilfsmittel

Wir übernehmen die Vermittlung von Pflegehilfsmitteln wie z. B. Krankenbett, Rollstuhl oder Gehhilfen.

3.4 Krankenhaus-Assistance (Vermittlung)

Wir leisten mehr Service für das versicherte Kind in den ersten 5 Tagen eines unfallbedingten stationären Krankenhausaufenthalts und beinhaltet z.B. die Besorgung von notwendigen Utensilien oder alternativer Mahlzeiten statt üblicher Krankenhauskost.

3.5 Gesundheitstelefon

Wir bieten eine Hotline zu Gesundheitsfragen, Medikamentenverträglichkeit, reisemedizinischen Fragestellungen oder Strukturanfragen (Suche von Ärzten, Kliniken oder Apotheken) an. Eine ärztliche Behandlung beim (Haus-)Arzt kann hiermit nicht ersetzt werden.

3.6 Medikamentenberatung

Wir beraten durch pharmazeutisch ausgebildetes Personal zu allen Fragen rund um Medikamente. Dazu gehören unter anderem Neben- und Wechselwirkungen, Einnahmevorschriften, enthaltene Wirkstoffe oder Alternativprodukte. Die Beratung kann auch zu Impfungen oder Homöopathie erfolgen. Als Beratungskanäle stehen alle modernen Kommunikationswege zur Verfügung: Telefon, Email oder Messaging-Dienste.

4 Dauer der Leistungen

Wir erbringen die Betreuungsleistungen, solange die Voraussetzungen nach Ziffer 2 erfüllt sind, längstens für 9 Monaten ab dem Tag des Unfalls.

Die Betreuung übernehmen wir dabei bis zu 8 Stunden täglich, die Kinderbetreuung in Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag. Als Notfall gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach dem Unfall ohne anderweitige (z. B. familiäre) Möglichkeit einer Kinderbetreuung.

5 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistungen begründet.

Für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten.

6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ergänzend zu Ziffer 7 der AUB 2020 der Continentale gilt folgende Obliegenheit:

6.1 Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitsstand der versicherten Person. Auch während der Leistungserbringung sind uns Veränderungen des Gesundheitszustandes mitzuteilen.

Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind.

6.2 Wird diese Obliegenheit verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 der AUB 2020 der Continentale gilt entsprechend.

7 Wann sind die Betreuungsleistungen fällig?

Haben Sie uns schlüssig

– den Unfallhergang, die Unfallfolgen und

– die Betreuungsbedürftigkeit durch den Unfall

dargelegt, wird der individuelle Bedarf an Betreuungsleistungen nach Ziffer 3 unverzüglich festgestellt und erklärt, ob und welche Betreuungsleistungen über einen von uns beauftragten qualifizierten Dienstleister erbracht werden.

Die Feststellung und die Erklärung sind vorläufig. Ergibt sich nachträglich, dass die Voraussetzungen für die Leistungen dem Grund oder dem Umfang nach nicht bestehen, so enden die Leistungen bzw. werden dem individuellen Bedarf angepasst.

8 In welchen Fällen kann der Beitrag für die Betreuungsleistungen neu festgesetzt werden?

8.1 Den für die Betreuungsleistungen vereinbarten Beitrag können wir entsprechend der Entwicklung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen und entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs anpassen.

8.2 Anpassung entsprechend der Veränderung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen

8.2.1 Als Maßstab dient die Veränderung des vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Verbraucherindex für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen (Nr. 124), ersatzweise des von Amts wegen an dessen Stelle tretenden Index.

8.2.2 Wir ermitteln zum Ende jeden Kalenderjahres die Veränderung des Index seit der letzten Beitragsfestsetzung. Eine sich bei diesem Vergleich ergebende Veränderung wird nur berücksichtigt, wenn nicht zum gleichen Zeitpunkt

– eine Anpassung entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs nach Ziffer 8.3 erfolgt und – wenn die Veränderung mindestens 5 Prozent beträgt.

In diesem Falle sind wir bei einer Erhöhung berechtigt, bei einer Verminderung verpflichtet, den Beitrag entsprechend anzupassen.

8.3 Anpassung entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs

Wir sind berechtigt, den Beitrag für die Betreuungsleistungen neu festzusetzen,

– wenn sich gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und dem daraus errechneten Beitrag eine Veränderung des Bedarfs für die Erfüllbarkeit der Leistungen ergibt

– diese Veränderung nicht vorhersehbar und als nicht vorübergehend anzusehen ist.

Die Neufestsetzung ist nur zulässig, wenn

– sie erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Leistungen zu gewährleisten und

– ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen und sonstigen Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und deren Angemessenheit bestätigt hat.

Die Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Bestellung eines Treuhänders gelten entsprechend. Der Beitrag wird dann entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen neu festgesetzt.

8.4 Eine Anpassung nehmen wir zu Beginn des auf die Feststellung folgenden Versicherungsjahres vor.

8.5 Bei Erhöhung des Beitrags für den Betreuungs-Service können Sie innerhalb eines Monats nach Eingang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, die Versicherung des Betreuungs-Service in Textform kündigen. Der Versicherungsvertrag im Übrigen bleibt von dieser Kündigung unberührt.

9 Was müssen Sie bei Vollendung des 18. Lebensjahres beachten?

Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, erfolgt nach Ziffer 6.1 der AUB 2020 der Continentale die Umstellung in den Tarif für Erwachsene.

Ergänzend zu Ziffer 6.1 der AUB 2020 der Continentale entfällt der nur im Kindertarif versicherbare Betreuungs-Service und wird durch den Hilfs-Service ersetzt.

Es gelten dafür die Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen (Hilfs-Service) in der Unfallversicherung.

Der Beitrag bestimmt sich nach dem für diese Leistung vorgesehenen Erwachsenentarif.

Haben Sie uns bis spätestens zwei Monate vor Beginn des neuen Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.5 der AUB 2020 der Continentale nicht mitgeteilt, dass Sie den Hilfs-Service nicht möchten, werden wir den Vertrag auf den Hilfs-Service umstellen.

Wir werden Sie rechtzeitig vor Umstellung auf den Tarif für Erwachsene über Ihr Wahlrecht informieren.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen in der Unfallversicherung (Hilfs-Service)

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen AUB 2020 der Continentale erbringen wir Hilfsleistungen entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Was ist versichert?
2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfsleistungen?
3 Welche Leistungen sind versichert?
4 Dauer der Leistung
5 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?
6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
7 Wann sind die Hilfsleistungen fällig?
8 In welchen Fällen kann der Beitrag für die Hilfsleistungen neu festgesetzt werden?

1 Was ist versichert?

1.1 Führt ein Unfall der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir als Versicherer im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfangs Hilfsleistungen. Wir bedienen uns dazu von uns beauftragter qualifizierter Dienstleister.

1.2 Die Hilfsleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfsleistungen?

2.1 Voraussetzungen für die Leistungen

Die versicherte Person

– ist durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und

– benötigt deshalb Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe (Hilfsbedürftigkeit).

2.2 Bedarfsermittlung und Umfang der Leistungen

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Hilfsleistungen aus Art und Umfang der Hilfsbedürftigkeit. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 3 aufgeführten Leistungen.

2.3 Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis verursachten Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, so wird dies abweichend von Ziffer 4 der AUB 2020 der Continentale nicht berücksichtigt.

3 Welche Leistungen sind versichert?

3.1 Erstgespräch

Im Erstgespräch wird der jeweilige Bedarf der nach Ziffer 3.2 und 3.3 zu erbringenden Hilfsleistungen festgestellt sowie die versicherte Person über die Art und die Durchführung informiert.

3.2 Hilfsleistungen

Wir organisieren die folgenden Hilfsleistungen und übernehmen die Kosten.

3.2.1 Hausnotruf

Soweit die technischen Voraussetzungen vorhanden sind, wird in der Wohnung der versicherten Person eine Hausnotrufanlage inklusive Funkfinger installiert. Außerdem wird die 24-stündige Erreichbarkeit der Rufzentrale mit Gesprächskontakt gewährleistet.

3.2.2 Menüservice

Wir versorgen die versicherte Person über einen Menüservice mit einem Mittagsmenü (auch als Diät- oder Schonkost).

Wir erbringen diese Leistung auch für Personen, die als Ehe-, Lebenspartner oder Verwandte 1. Grades (Eltern/Kinder) in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person zusammenleben und bis zum Unfall von dieser versorgt wurden.

3.2.3 Besorgungen und Einkäufe

Besorgungen und Einkäufe werden bis zu 8 Stunden pro Woche durchgeführt.

Zu den Besorgungen und Einkäufen zählen:

– das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs,

– notwendige Besorgungen (z. B. Bank- und Behördengänge, Abholung von Rezepten, Bringen/Abholen von Wäsche bei einer Reinigung) und das Einkaufen (einschließlich Beschaffung von Medikamenten),

– die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel,

– die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln.

Die Kosten für die Lebensmittel, Gegenstände des täglichen Bedarfs, anfallende Gebühren sowie für die Reinigung werden nicht übernommen.

3.2.4 Fahrdienst mit Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Wir bringen und begleiten die versicherte Person zu notwendigen Ärzten, Fachärzten, Krankenhäuser, Krankengymnastik und Therapien oder Behördenterminen (Hin- und Rückfahrt). Wir übernehmen für die Fahrdienste die Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 2.500 EUR.

3.2.5 Reinigung der Wohnung

Wir reinigen den allgemein üblichen Lebensbereich (z. B. Wohn- und Schlafraum, Bad, Toilette, Küche) bis zu 8 Stunden pro Woche. Dies setzt voraus, dass die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war.

3.2.6 Wäscheservice

bis zu 8 Stunden pro Woche wird

– das Waschen, Trocknen,

– das Bügeln,

– das Sortieren, Einräumen der Wäsche und

– die Schuhpflege

übernommen.

3.2.7 Tag- und Nachtwache nach Krankenhausaufenthalt/ambulanter Operation

Wir sorgen nach einem Krankenhausaufenthalt/einer ambulanten Operation für die Beaufsichtigung der versicherten Person, längstens für 48 Stunden.

3.2.8 Medikamentenberatung

Wir beraten durch pharmazeutisch ausgebildetes Personal zu allen Fragen rund um Medikamente. Dazu gehören unter anderem Neben- und Wechselwirkungen, Einnahmevorschriften, enthaltene Wirkstoffe oder Alternativprodukte. Die Beratung kann auch zu Impfungen oder Homöopathie erfolgen. Als Beratungskanäle stehen alle modernen Kommunikationswege zur Verfügung: Telefon, Email oder Messaging-Dienste.

3.2.9 Betreuung der Familie

Wir betreuen die von der versicherten Person betreuten Personen (Ehe-/Lebenspartner, Kinder, Enkelkinder, Eltern und Schwiegereltern), soweit

– die versicherte Person wegen des Unfalls hierzu nicht mehr in der Lage oder

– die versicherte Person aufgrund des Unfalls verstorben ist und

– in dem Haushalt keine Person lebt, die die Betreuung übernehmen kann.

3.2.9.1 Aufrechterhaltung/Weiterführung des Haushalts

Wir sorgen für die Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts, in dem die betreute Person wohnt und erbringen für diese bei Bedarf einen Menüservice mit einem Mittagsmenü (auch als Diät- oder Schonkost).

Zur Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts zählen

– die Reinigung und Pflege der Wäsche und Kleidung (Waschen, Trocknen, Bügeln und Einsortieren),
– Schuhpflege,
– Besorgungen und Einkäufe und
– die Reinigung des allgemein üblichen Lebensbereichs (z. B. Wohn- und Schlafraum, Küche, Bad und Toilette).

3.2.9.2 Betreuung der Kinder/Enkelkinder

Die Betreuung der Familie umfasst die Betreuung minderjähriger Kinder einschließlich

– der Hausaufgabenbetreuung für Grundschüler,
– der Zubereitung von Mahlzeiten,
– der Hilfe bei der Nahrungsaufnahme,
– der Hilfe beim An- und Auskleiden sowie
– der Unterstützung bei der Körperpflege (nicht medizinischer Art).

Wir organisieren und begleiten folgende Fahrdienste (Hin- und Rückfahrt) für die Kinder:

– zum Kindergarten oder zur Kindertagesstätte und Schule,
– zu Vereinen, in denen das Kind Mitglied ist,
– zu entgeltlichen Kursen und Unterrichts-/Nachhilfestunden,
– zu Arztterminen, zu ärztlich verordneten Anwendungen.

Wir übernehmen für die Fahrdienste die Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 2.500 EUR.

3.2.10 Beratung bei Umbau von Wohnung/Kraftfahrzeug

Es wird einmalig eine Beratung bei Umbau der Wohnung/des Kraftfahrzeugs vermittelt. Die Kosten für den Umbau der Wohnung/des Kraftfahrzeugs werden nicht übernommen.

3.2.11 Tierbetreuung

Es wird einmalig eine Betreuung von gewöhnlichen Haustieren (Hunde, Katzen, Vögel etc.) der versicherten Person vermittelt.

3.2.12 Garten- und Grabpflege sowie Schneeräumdienst

Wir vermitteln einmalig die Pflege des Gartens sowie das Schneeräumen und Benennen einmalig Anbieter für die Pflege von Gräbern verstorbener Angehöriger. Angehörige sind der Ehe- oder Lebenspartner, Verwandte 1. Grades (Eltern/Kinder) oder die Schwiegereltern der versicherten Person.

3.2.13 Nagel-, Fußpflege und Friseur

Wir vermitteln einmal im Monat eine mobile Nagel-, Fußpflege und einen mobilen Friseur für die versicherte.

Für die Ziffern 3.3.3 bis 3.3.5 gilt:

Die Kosten im Rahmen der Tierbetreuung, Garten- und Grabpflege sowie Schneeräumdienst bzw. Nagel-, Fußpflege und Friseur werden bis zu einem Betrag von insgesamt 2.500 EUR übernommen.

3.2.14 Wohnraumberatung (Sicherheitscheck)

Wir organisieren eine Wohnraumüberprüfung im Hinblick auf barrierefreies Wohnen im Haushalt der versicherten Person und erstellen ein Protokoll mit Anregungen für die Umgestaltung des Wohnraumes (Beseitigung von Stolperfallen, etc.).

3.2.15 Grundpflege

Die versicherte Person erhält von uns bis zu zweimal täglich bis zu drei Stunden pro Tag eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören:

– Körperpflege,
– An- und Auskleiden,
– Lagern und Betten,
– die Hilfe bei der Nahrungszubereitung, -aufnahme und -ausscheidung und
– die Hilfe bei der Durchführung von Gymnastikübungen.

3.2.16 Pflegehilfsmittel

Wir übernehmen die Vermittlung von Pflegehilfsmitteln wie z. B. Krankenbett, Rollstuhl oder Gehhilfen.

3.2.17 Einsatz von Mediatoren (Pflegemediation)

Wir unterstützen die versicherte Person

– bei der Entscheidungsfindung, ob der Pflegende persönlich, fachlich oder wohnortbezogen in der Lage ist, den akuten familiären Pflegefall nicht nur temporär, sondern auf Dauer zu übernehmen
– bei familiären Konfliktsituationen.

Diese Leistungen werden jeweils einmalig erbracht und erfolgen telefonisch oder bei Bedarf auch persönlich vor Ort.

3.2.18 Kostenträger-Check

Wir beraten die versicherte Person, welche gesetzlichen Ansprüche sie gegenüber diversen Kostenträgern, z. B. in der sozialen Pflegeversicherung, hat.

3.2.19 MDK-Coaching

Wir bereiten Sie optimal auf die Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vor.

3.2.20 Krankenhaus-Assistance

Wir bieten mehr Service in den ersten 5 Tagen eines unfallbedingten stationären Krankenhausaufenthalts (z. B. die Besorgung von notwendigen Utensilien oder alternativer Mahlzeiten statt üblicher Krankenhauskost). Die Kosten für einen Einkauf werden nicht übernommen.

3.2.21 Gesundheitstelefon

Wir bieten eine Hotline zu Gesundheitsfragen, Medikamentenverträglichkeit,

reisemedizinischen Fragestellungen oder Strukturanfragen (Suche von Ärzten, Kliniken oder Apotheken) an. Eine ärztliche Behandlung beim (Haus-)Arzt kann hiermit nicht ersetzt werden.

4 Dauer der Leistung

Wir erbringen die Hilfsleistungen, solange die Voraussetzungen nach Ziffer 2 erfüllt sind, längstens für 9 Monaten ab dem Tag des Unfalls.

Die Betreuung übernehmen wir dabei bis zu 8 Stunden täglich, die Kinderbetreuung in Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag. Als Notfall gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach dem Unfall ohne anderweitige (z. B. familiäre) Möglichkeit einer Kinderbetreuung.

5 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

Für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten.

6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ergänzend zu Ziffer 7 der AUB 2020 der Continentale gilt folgende Obliegenheit:

6.1 Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitsstand der versicherten Person. Auch während der Leistungserbringung sind uns Veränderungen des Gesundheitszustandes mitzuteilen.

Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind.

6.2 Wird diese Obliegenheit verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 der AUB 2020 der Continentale gilt entsprechend.

7 Wann sind die Hilfsleistungen fällig?

Haben Sie uns schlüssig

– den Unfallhergang, die Unfallfolgen und

– die Hilfsbedürftigkeit durch den Unfall

dargelegt, wird der individuelle Bedarf an Hilfsleistungen nach Ziffer 3 unverzüglich festgestellt und erklärt, ob und welche Hilfsleistungen über einen von uns beauftragten qualifizierten Dienstleister erbracht werden. Die Feststellung und die Erklärung sind vorläufig. Ergibt sich nachträglich, dass die Voraussetzungen für die Leistungen dem Grund oder dem Umfang nach nicht bestehen, so enden die Leistungen bzw. werden dem individuellen Bedarf angepasst.

8 Wann endet die Versicherung des Hilfs-Service?

Die Versicherung des Hilfs-Service endet – ohne dass es einer Kündigung bedarf – zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet.

Den Hilfs-Service können Sie oder wir – unabhängig von anderen versicherten Leistungen – entsprechende den Bestimmungen der Ziffern 10.2 und 10.3 der AUB 2020 der Continentale in Schriftform kündigen.

9 In welchen Fällen kann der Beitrag für die Hilfsleistungen neu festgesetzt werden?

9.1 Den für die Hilfsleistungen vereinbarten Beitrag können wir entsprechend der Entwicklung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen und entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs anpassen.

9.2 Anpassung entsprechend der Veränderung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen

9.2.1 Als Maßstab dient die Veränderung des vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Verbraucherindex für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen (Nr. 124), ersatzweise des von Amts wegen an dessen Stelle tretenden Index.

9.2.2 Wir ermitteln zum Ende jeden Kalenderjahres die Veränderung des Index seit der letzten Beitragsfestsetzung. Eine sich bei diesem Vergleich ergebende Veränderung wird nur berücksichtigt, wenn nicht zum gleichen Zeitpunkt

– eine Anpassung entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs nach Ziffer 8.3 erfolgt und

– wenn die Veränderung mindestens 5 Prozent beträgt.

In diesem Falle sind wir bei einer Erhöhung berechtigt, bei einer Verminderung verpflichtet, den Beitrag entsprechend anzupassen.

9.3 Anpassung entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs

Wir sind berechtigt, den Beitrag für die Hilfsleistungen neu festzusetzen,

– wenn sich gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und dem daraus errechneten Beitrag eine Veränderung des Bedarfs für die Erfüllbarkeit der Leistungen ergibt und

– diese Veränderung nicht vorhersehbar und als nicht vorübergehend anzusehen ist.

Die Neufestsetzung ist nur zulässig, wenn

– sie erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Leistungen zu gewährleisten und

– ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen und sonstigen Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und deren Angemessenheit bestätigt hat.

Die Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Bestellung eines Treuhänders gelten entsprechend. Der Beitrag wird dann entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen neu festgesetzt.

9.4 Eine Anpassung nehmen wir zu Beginn des auf die Feststellung folgenden Versicherungsjahres vor.

9.5 Bei Erhöhung des Beitrags für die Hilfsleistungen können Sie innerhalb eines Monats nach Eingang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, die Versicherung der Hilfsleistungen in Textform kündigen. Der Versicherungsvertrag im Übrigen bleibt von dieser Kündigung unberührt.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag um mindestens 5 Prozent

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Versicherungssummen und Beitrag jährlich angepasst werden (Dynamik).

1 Leistungsarten

Die folgenden Leistungsarten nehmen an der Dynamik teil:

– Invaliditätsleistung
– Unfallrente
– Todesfall-Leistung
– Kosten für kosmetische Operationen
– Tagegeld
– Krankenhaustagegeld Plus
– Sofortleistung Plus
– Schmerzensgeld
– Schulausfallgeld

2 Anpassung der Versicherungssummen

2.1 Wir erhöhen die Versicherungssummen jährlich jeweils um den Prozentsatz, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird, mindestens aber um 5 Prozent.

Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres,

– das dem Stichtag der Anhebung des Höchstbeitrags folgt oder

– dessen Beginn mit dem Stichtag der Anhebung übereinstimmt.

2.2 Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt gerundet:

– für die Invaliditäts- und Todesfall-Leistung auf den nächsten durch volle Tausend EUR ohne Rest teilbaren Betrag,

– für die Sofortleistung Plus und das Schmerzensgeld sowie für die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen auf den nächsten durch volle Hundert EUR ohne Rest teilbaren Betrag,

– für die Unfallrente Forte/Forte Pro2, für die Unfallrente Aktiv/Aktiv Pro2, für die Unfallrente Aktiv Plus/Aktiv Plus Pro2, für die Unfallrente Komfort/Komfort Pro2 auf den nächsten durch volle Fünf EUR ohne Rest teilbaren Betrag

und

– für Tagegeld, Krankenhaustagegeld Plus und Schulausfallgeld auf den nächsten durch volle EUR ohne Rest teilbaren Betrag.

2.3 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle Unfälle nach dem Erhöhungstermin.

3 Anpassung des Beitrags

Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

Erreicht die Versicherungssumme

– für die Unfallrente Forte/Forte Pro2, für die Unfallrente Aktiv/Aktiv Pro2 bzw. die Unfallrente Aktiv Plus/Aktiv Plus Pro2, für die Unfallrente Komfort/Komfort Pro2 mehr als 2.000 EUR

und/oder

– für die Invaliditätsleistung (Leistung bei Vollinvalidität) mehr als 600.000 EUR

gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für höhere Versicherungssummen. Der Tarif sieht einen Beitragszuschlag in Höhe von 35 Prozent für den die vorgenannten Versicherungssummen übersteigenden Teil vor.

Beispiel: Erreicht die Unfallrente eine Versicherungssumme von 2.100 EUR, so wird der Zuschlag von 35 % nur auf die 100 EUR, die die 2.000 EUR Versicherungssumme übersteigen, berechnet.

4 Verfahren

4.1 Vor der jährlichen Erhöhung erhalten Sie von uns eine schriftliche Mitteilung.

Sie können der Erhöhung innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung in Textform widersprechen. Wir werden Sie auf die Frist hinweisen.

4.2 Sie und wir können die Vereinbarung über die jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrags widerrufen. Der Widerruf muss spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres in Textform erfolgen.

4.3 Die Vereinbarung über die jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag beenden wir, wenn die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet hat oder die für die einzelne Leistungsart vereinbarte und im Versicherungsschein ausgewiesene Höchstsumme erreicht ist.

Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle

Auf der Grundlage der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale) bieten wir Versicherungsschutz für außerberufliche Unfälle.

Ziffer 6.2 der AUB 2020 XL der Continentale gilt nicht.

1 Voraussetzungen für die Leistungen

1.1 Die versicherte Person ist

– durch eine gesetzliche Unfallversicherung gegen Arbeitsunfälle oder

– nach den Versorgungsvorschriften für Beamte und Soldaten gegen Dienstunfälle

versichert.

1.2 Es handelt sich um einen außerberuflichen Unfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung.

1.3 Im Zweifel ist die Entscheidung des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der zuständigen Dienststelle maßgebend.

2 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle beim Sport, den die versicherte Person gegen Entgelt betreibt (einschließlich Sportförderung und entsprechende Tätigkeit innerhalb von Polizei, Bundeswehr oder ähnlichem).

3 Änderung der Voraussetzung für die Leistungen

3.1 Fällt die Voraussetzung nach Ziffer 1.1 dieser Bedingungen fort, ist die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle nicht mehr möglich. Es besteht dann bei gleich bleibenden Versicherungssummen eine Versicherung gegen berufliche und außerberufliche Unfälle.

Sie müssen uns den Fortfall der Voraussetzung unverzüglich mitteilen, wenn diese länger als 2 Monate fortfällt, weil die Höhe des Beitrags bzw. der Versicherungssummen maßgeblich von diesen Umständen abhängt.

Errechnet sich ein höherer Beitrag, so ist dieser nach Ablauf von 2 Monaten ab dem Zeitpunkt des Fortfalls zu zahlen.

Erleidet die versicherte Person nach Ablauf dieser Frist einen Unfall, ohne dass uns der Fortfall der Voraussetzung angezeigt worden ist oder sie mit uns eine Einigung über den Beitrag erzielt haben, reduzieren wir die Versicherungssummen im Verhältnis des erforderlichen Beitrags zum bisherigen Beitrag.

3.2 Liegt die Voraussetzung nach Ziffer 1.1 dieser Bedingungen wieder vor, führen wir auf Ihren Wunsch den Vertrag als Versicherung gegen außerberufliche Unfälle bei gleich bleibenden Versicherungssummen weiter. Errechnet sich nach dem dann gültigen Tarif ein niedrigerer Beitrag gilt dieser ab dem Ersten des Monats, der auf den Zugang Ihrer Erklärung bei uns folgt.

Zusatzbedingungen für die Versicherung einer Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 11 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale) wird Ihre Unfallversicherung entsprechend den nachfolgenden Bedingungen beitragsfrei weitergeführt (Beitragsbefreiung).

1 Voraussetzungen für die Leistung

1.1 Sie

– sind mindestens 3 Monate ununterbrochen arbeitslos (Karenzzeit),

– haben den Eintritt der Arbeitslosigkeit weder vorsätzlich noch grob fahrlässig herbeigeführt und

– Ihre Arbeitslosigkeit ist frühestens 6 Monate nach Beginn der Versicherung der Beitragsbefreiung eingetreten (Wartezeit).

Nicht als Arbeitslosigkeit im Sinne dieser Zusatzbedingungen gilt, wenn ein Auszubildender nicht in ein Arbeitsverhältnis übernommen wird.

1.2 Arbeitnehmer/Auszubildende

Jeweils vor Eintritt der Arbeitslosigkeit

– sind Sie als Arbeitnehmer/Auszubildender mindestens ein Jahr ununterbrochen bei dem gleichen Arbeitgeber sozialversicherungspflichtig mindestens 15 Stunden wöchentlich beschäftigt gewesen und

– haben in einem ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis gestanden. Als nicht befristet gilt auch ein Ausbildungsverhältnis.

Als Arbeitnehmer gelten nicht:

Wehrdienstleistende und sonstige freiwillig Dienstleistende (freiwilliges Jahr, Bundesfreiwilligendienst), Kurz- und Saisonarbeiter.

Eine geringfügige Beschäftigung im Sinne des Gesetzes ist bei Arbeitnehmern nicht ausreichend.

1.3 Selbstständige

Jeweils vor Eintritt der Arbeitslosigkeit sind Sie als Selbstständiger mindestens zwei Jahre lang ununterbrochen im Rahmen desselben Unternehmens oder Betriebs tätig gewesen.

1.4 Sie haben die Beitragsbefreiung unverzüglich

– unter Vorlage einer amtlichen Bescheinigung, die das Beginndatum der Arbeitslosigkeit enthält, geltend gemacht

und

– uns die Voraussetzungen nach den Ziffern 1.1 bis 1.3 durch Bescheinigungen Ihres Arbeitgebers bzw. durch Dokumente Ihrer Selbstständigkeit nachgewiesen.

2 Beginn und Dauer der Leistung

2.1 Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem Ersten des Monats, der auf den Eingang der unter Ziffer 1.4 genannten Unterlagen folgt, frühestens zum Ersten des Monats nach Ablauf der Karenzzeit (Ziffer 1.1).

Wir führen ab diesem Zeitpunkt Ihre Unfallversicherung für die Dauer der Arbeitslosigkeit beitragsfrei, längstens für 2 Jahre und längstens bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem Sie das 55. Lebensjahr vollenden.

2.2 Sie müssen uns die Fortdauer der Arbeitslosigkeit vierteljährlich – ab Beginn der Beitragsbefreiung gerechnet – unter Vorlage einer amtlichen Bescheinigung nachweisen. Erhalten wir diesen Nachweis nicht fristgerecht, ruht die Beitragsbefreiung ab dem Ersten des folgenden Monats.

Endet Ihre Arbeitslosigkeit, müssen Sie uns unverzüglich informieren.

3 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssummen nehmen während der Zeit der Beitragsbefreiung an einer für den Vertrag vereinbarten jährlichen Erhöhung von Versicherungssumme und Beitrag nicht teil.

4 Ende der Versicherung der Beitragsbefreiung

(Zusatz zu Ziffer 10 der AUB 2020 XL der Continentale)

4.1 Die Versicherung der Beitragsbefreiung endet – ohne dass es einer Kündigung bedarf – zum Ende des Versicherungsjahres, in dem Sie das 55. Lebensjahr vollenden.

4.2 Die Versicherung der Beitragsbefreiung können Sie durch Kündigung zum Ende jeden Monats beenden. Die Kündigung muss uns spätestens einen Monat vor dem Kündigungstermin zugegangen sein.

Zusatzbedingungen für die Familien-Vorsorge-Versicherung in der Unfallversicherung

Wir bieten im Rahmen der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale) Vorsorgeschutz für hinzukommende Familienangehörige (Ehepartner und leibliche/adoptierte Kinder) entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Voraussetzungen für die Leistung

1.1 Sie oder die versicherte Person haben während der Wirksamkeit des Vertrags

- geheiratet oder
- ein Kind geboren oder
- ein Kind, welches das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, adoptiert.

1.2 Sie erhalten dann den Vorsorgeschutz für den Ehepartner oder das neugeborene oder adoptiere Kind, sofern diese nicht bereits bei der Continentale Sachversicherung AG unfallversichert sind.

2 Höhe und Dauer der Leistung

2.1 Die Versicherungssummen betragen je Person

60.000 EUR	Invaliditätsleistung (ohne Progression und Mehrleistungen)
5.000 EUR	Sofortleistung Plus
20 EUR	Krankenhaustagegeld Plus
20.000 EUR	Todesfall-Leistung
25.000 EUR	Serviceleistungen inklusive Auslands-Assistance und Bergungskosten

2.2 Bestehen für Sie oder die versicherte Person bei der Continentale Sachversicherung AG mehrere Unfallversicherungen, kann der Vorsorgeschutz nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.3 Der Vorsorgeschutz besteht 6 Monate

- ab Eheschließung bzw.
- ab Geburt oder
- ab Rechtswirksamkeit der Adoption.

2.4 Der Vorsorgeschutz endet, sobald für die im Rahmen der Familien-Vorsorge versicherte Person eine Unfallversicherung bei der Continentale Sachversicherung AG abgeschlossen wird, und zwar mit Beginn dieser Versicherung oder mit unserer Ablehnung des Antrags.

2.5 Wird für die im Rahmen der Familien-Vorsorge versicherte Person keine Unfallversicherung bei der Continentale Sachversicherung AG abgeschlossen (Ziffer 2.4), endet der Vorsorgeschutz spätestens nach Ablauf der 6 Monate (Ziffer 2.3).

2.6 Die Regelungen der Familien-Vorsorge gelten sinngemäß für eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften.

3 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssummen nehmen an einer für den Vertrag vereinbarten jährlichen Erhöhung von Versicherungssumme und Beitrag nicht teil.

5 Information nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen

Informationen zum Versicherer (Nr. 1-3)

1. Identität des Versicherers

Continentale Sachversicherung AG
Continentale-Allee 1, 44269 Dortmund

Sitz der Gesellschaft: Dortmund
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2783

2. Ladungsfähige Anschrift

Continentale Sachversicherung AG
Continentale-Allee 1, 44269 Dortmund

Vorstand: Dr. Gerhard Schmitz (Vorsitzender),
Marcus Lauer, Dr. Thomas Niemöller,
Alf N. Schlegel, Jürgen Wörner
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Christoph Helmich

3. Hauptgeschäftstätigkeit und Aufsichtsbehörde

– Die Hauptgeschäftstätigkeit ist das Betreiben des Erstversicherungsgeschäfts in allen Sparten der Privatversicherung mit Ausnahme der Lebens-, Kranken- und Kreditversicherung.
– Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
  Bereich Versicherungen
  Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn
  Telefon: 0800 2 100 500
  E-Mail: poststelle@bafin.de
  Internet: https://www.bafin.de

Informationen zur angebotenen Leistung (Nr. 4-8)

4. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

a) Versicherungsbedingungen sowie anwendbares Recht

Es gelten die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale), die Zusatzbedingungen für die Familien-Vorsorge-Versicherung und – soweit ausdrücklich vereinbart – die weiteren Besonderen (bzw. Zusatz-) Bedingungen.

Auf die vorvertragliche Beziehung und den Vertrag findet ausschließlich deutsches Recht Anwendung.

b) Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung des Versicherers

Wir leisten im Versicherungsfall eine Geldleistung. Bei vereinbarten Reha-Leistungen kann die versicherte Person bei Vorliegen der Voraussetzungen die Reha-Leistungen unseres medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Reintegrationsdienstes in Anspruch nehmen (siehe im Einzelnen die Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Reha-Leistungen in der Unfallversicherung (Reha-Service)).

Vereinbarten Betreuungs- und/oder Hilfs-Service erbringen wir über eine von uns beauftragte qualifizierte Organisation in ganz Deutschland (siehe im Einzelnen die Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Betreuungsleistungen in der Unfallversicherung (Betreuungs-Service) bzw. die Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen in der Unfallversicherung (Hilfs-Service)).

Der Umfang der Leistung ergibt sich aus den mit uns vereinbarten und in dem Versicherungsschein dokumentierten Leistungsarten bzw. Versicherungssummen. In dem Versicherungsschein sind die für die jeweilige Leistungsart geltenden Versicherungsbedingungen genannt.

Liegen uns die Unterlagen zum Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen vor, sind wir verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch und der Unfallrente innerhalb von drei Monaten – zu erklären, ob wir einen Anspruch anerkennen. Erkennen wir den Anspruch an oder wird eine Einigung über Grund und Höhe der Leistung getroffen, müssen wir innerhalb von zwei Wochen leisten. Die Einzelheiten zur Fälligkeit der Leistungen sind in Ziffer 9 der AUB 2020 XL der Continentale geregelt.

Bei vereinbartem Betreuungs- und/oder Hilfs-Service haben Sie uns schlüssig den Unfallhergang, die Unfallfolgen und die Betreuungs-/Hilfsbedürftigkeit durch den Unfall darzulegen. Wir stellen dann unverzüglich den individuellen Bedarf an Betreuungs- bzw. Hilfsleistungen im Sinne der Bedingungen fest und erklären, ob und welche Betreuungs- bzw. Hilfsleistungen erbracht werden (siehe im Einzelnen Ziffer 7 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Betreuungsleistungen in der Unfallversicherung (Betreuungs-Service) bzw. Ziffer 7 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen in der Unfallversicherung (Hilfs-Service)).

5. Gesamtpreis der Versicherung

Der Gesamtbeitrag in Euro gemäß Zahlungsperiode inkl. Nachlässe und Versicherungssteuer ist dem Antrag zu entnehmen.

6. Zusätzlich anfallende Kosten

Gebühren und Kosten für die Aufnahme des Antrags oder aus anderen Gründen werden nicht erhoben bzw. in Rechnung gestellt – außer Mahngebühren sowie den Kosten bei Nichteinlösung im Rahmen eines Lastschriftverfahrens.

7. Einzelheiten der Zahlung

Der erste oder einmalige Beitrag ist rechtzeitig, d.h. innerhalb von 14 Tagen nach der Aufforderung des Versicherers, zu zahlen, damit der Versicherungsschutz zu dem vereinbarten Zeitpunkt beginnt. Dies gilt unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufrechts.

Zahlen Sie nicht rechtzeitig nach dem in Absatz 1 bestimmten Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt zu dem die Zahlung veranlasst wurde.

Weicht der Versicherungsschein von dem von Ihnen gestellten Antrag oder getroffenen Vereinbarungen ab, ist der erste oder einmalige Beitrag frühestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

Die Beiträge in der Einzelunfallversicherung sind monatlich zu zahlen. Bei anderen Zahlungsperioden wird ein Nachlass gewährt. Dieser beträgt bei vierteljährlicher Zahlungsperiode 3 Prozent, bei halbjährlicher Zahlungsperiode 5 Prozent und bei jährlicher Zahlungsperiode 10 Prozent.

Eine monatliche Zahlungsperiode ist nur im Rahmen eines Lastschriftverfahrens möglich.

8. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die Gültigkeitsdauer der Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen ist, vorbehaltlich zukünftiger Gesetzes- oder Tarifänderungen, nicht befristet.

Informationen zum Vertrag (Nr. 9-15)

9. Zustandekommen des Vertrags/Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn der Versicherungsschein übermittelt oder angeboten wird oder wir schriftlich die Annahme des Antrags erklären.

Zahlen Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig nach den in Nr. 7 Absatz 1 und 2 bestimmten Zeitpunkten, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

10. Widerrufsrecht

Die Regelungen zum Widerrufsrecht sind dem Beiblatt „Widerrufsbelehrung und Datenschutzhinweise“ (SHUR.6e.1578) oder dem Versicherungsschein zu entnehmen.

11. Laufzeit des Vertrags

Die Laufzeit des Vertrags (Versicherungsbeginn und -ablauf) ergibt sich aus dem Antrag.

Nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer verlängert sich der Vertrag jeweils um 1 Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der jeweiligen Versicherungsdauer eine Kündigung zugegangen ist.

Der Vertrag kann bei einer Vertragslaufzeit von mehr als drei Jahren zum Ablauf des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten von Ihnen gekündigt werden.

Die Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

12. Beendigung des Vertrags

Unter den nachfolgend genannten Ziffern der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale) finden Sie die wesentlichen Regelungen zur Beendigung/zu den Kündigungsmöglichkeiten des Vertrags:

Ziffer 10.2 – Dauer und Ende des Vertrags (Beendigung ohne Kündigung bei Vertragsdauer von weniger als einem Jahr/stillschweigende Verlängerung bzw. Kündigung bei längerer Vertragsdauer)

Ziffer 10.3 – Kündigung nach Versicherungsfall

Ziffer 11.2.3 – Rücktritt des Versicherers bei nicht rechtzeitiger Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrags

Ziffer 11.3.4 – Kündigung des Versicherers bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Folgebeitrags

Ziffer 13.2.1/
13.2.2/13.3 – Rücktritt/Kündigung des Versicherers bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

13. Anwendbares ausländisches Recht (EU-Mitgliedsstaaten) für vorvertragliche Beziehungen

entfällt

14. Besondere Vereinbarung zum anwendbaren Recht bzw. zum zuständigen Gericht

Auf die beantragten Versicherungsverträge sowie auf vorvertragliche Beziehungen zwischen Ihnen und uns findet ausschließlich deutsches Recht Anwendung.

Die Vereinbarungen zum Gerichtsstand finden Sie in Ziffer 16.1 der AUB 2020 XL der Continentale.

15. Sprache

Für den Vertrag einschließlich Vertragsinformation und für die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrags kommt die deutsche Sprache zur Anwendung.

Informationen zum Rechtsweg (Nr. 16-17)

16. Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Unser Versicherungsunternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. Wir haben uns verpflichtet, an diesem Schlichtungsverfahren teilzunehmen. Sie können deshalb das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen, sofern Sie einmal mit uns nicht zufrieden sein sollten.

Sie können sich mündlich oder in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) an den Versicherungsombudsmann e. V. wenden. Die Kontaktdaten lauten:

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

Tel.: 0800 3696000

Fax: 0800 3699000

http://www.versicherungsombudsmann.de

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Der Versicherungsombudsmann e. V. ist für folgende Beschwerden u. a. nicht zuständig:

– Der Beschwerdewert übersteigt 100.000 EUR.
– Es sind bereits Verfahren/Beschwerden vor einem Gericht, Schiedsgericht, dem Versicherungsombudsmann e. V. selbst oder anderen Streitschlichtungseinrichtungen oder der Versicherungsaufsichtsbehörde anhängig.

Bei einem Beschwerdewert bis zu 10.000 EUR ist eine Entscheidung des Ombudsmanns für uns als Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. bindend. Für den Beschwerdeführer ist die Entscheidung nicht bindend.

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten bleibt hiervon unberührt.

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter

http://www.versicherungsombudsmann.de

17. Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde

Sofern Sie Anlass zu einer Beschwerde haben, können Sie diese auch mündlich oder in Textform (z. B. E-Mail oder Brief) an die unter Nr. 3 genannte Aufsichtsbehörde richten.

6 Anzeige der Heirat bzw. der Geburt oder Adoption im Rahmen der beitragsfreien Familien-Vorsorge-Versicherung in der Unfallversicherung

Unfallversicherung Nr.: _____

_____ _____ _____
Name, Vorname des/der Versicherungsnehmers/in | Straße, Haus-Nr. | Postleitzahl, Ort

Hiermit zeige ich

☐ die Eheschließung von Herrn/Frau _____ (Name des Vers.-Nehmers bzw. der versicherten Person) am _____ mit Herrn/Frau _____ (Name des Ehegatten)

☐ die Geburt des leiblichen Kindes _____ (Name des Kindes) von Herrn/Frau _____ (Name des Vers.-Nehmers bzw. der versicherten Person) am _____

☐ die Adoption des Kindes _____ (Name des Kindes) von Herrn/Frau _____ (Name des Vers.-Nehmers bzw. der versicherten Person) am _____

an.

Bitte gewähren Sie der genannten Person beitragsfreien Versicherungsschutz gemäß den Zusatzbedingungen für die Familien-Vorsorge-Versicherung in der Unfallversicherung für die Dauer von 6 Monaten ab Heirat/Geburt/Adoption. Eine Kopie der Heirats-, Geburts- bzw. Adoptionsurkunde liegt bei.

_____ _____
Datum | Unterschrift des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin

---

Anzeige der Heirat bzw. der Geburt oder Adoption im Rahmen der beitragsfreien Familien-Vorsorge-Versicherung in der Unfallversicherung

Unfallversicherung Nr.: _____

_____ _____ _____
Name, Vorname des/der Versicherungsnehmers/in | Straße, Haus-Nr. | Postleitzahl, Ort

Hiermit zeige ich

☐ die Eheschließung von Herrn/Frau _____ (Name des Vers.-Nehmers bzw. der versicherten Person) am _____ mit Herrn/Frau _____ (Name des Ehegatten)

☐ die Geburt des leiblichen Kindes _____ (Name des Kindes) von Herrn/Frau _____ (Name des Vers.-Nehmers bzw. der versicherten Person) am _____

☐ die Adoption des Kindes _____ (Name des Kindes) von Herrn/Frau _____ (Name des Vers.-Nehmers bzw. der versicherten Person) am _____

an.

Bitte gewähren Sie der genannten Person beitragsfreien Versicherungsschutz gemäß den Zusatzbedingungen für die Familien-Vorsorge-Versicherung in der Unfallversicherung für die Dauer von 6 Monaten ab Heirat/Geburt/Adoption. Eine Kopie der Heirats-, Geburts- bzw. Adoptionsurkunde liegt bei.

_____ _____
Datum | Unterschrift des Versicherungsnehmers/der Versicherungsnehmerin

UnfallGiroVita XL – die Unfallversicherung mit Hilfs- und Pflegeleistungen der Continentale

	Seite
1 Wichtige Hinweise und Verhaltensregeln im Schadenfall	**63**
2 Tarifbestimmungen	**64**
3 Bedingungen	**65**
Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale)	65
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung UnfallGiroVita	65
4 Weitere Besondere Bedingungen (diese haben nur Gültigkeit, wenn sie ausdrücklich vereinbart sind)	**68**
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel bei einem Invaliditätsgrad von mehr als 50 Prozent und bis zu 350 Prozent der Versicherungssumme bei einem Invaliditätsgrad von 100 Prozent (BB Progression 350 % VITA)	68
Besondere Bedingungen für die Invaliditätsleistung in der Unfallversicherung bei einem Invaliditätsgrad ab 25 Prozent	68
Besondere Bedingungen für die Invaliditätsleistung in der Unfallversicherung bei einem Invaliditätsgrad ab 30 Prozent	68
Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent	69
Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallpflegerente (Unfallpflegerente Plus)	69
Besondere Bedingungen für die Versicherung von Reha-Leistungen in der Unfallversicherung (Reha-Service)	71
Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfs- und Pflegeleistungen in der Unfallversicherung (Hilfs- und Pflege-Service)	73
Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen in der Unfallversicherung (Hilfs-Service)	78
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung UnfallGiroVita mit Zuwachs von Leistung und Beitrag um mindestens 5 Prozent	82
5 Information nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen	**84**

1 Wichtige Hinweise und Verhaltensregeln im Schadenfall

Was bietet UnfallGiroVita?

UnfallGiroVita bietet Ihnen einen ganz besonderen Versicherungsschutz bei Unfällen.

So gilt als Unfall, wenn die versicherte Person – unabhängig von der Ursache – eine Oberschenkelhalsfraktur erleidet.

Es besteht weitergehender Versicherungsschutz bei allen nicht alkohol-/drogenbedingten Bewusstseinstörungen.

Der Reha-Service unterstützt Sie bei vereinbarten Reha-Leistungen nach schweren Unfällen über einen Zeitraum von drei Jahren und Ihre Kinder bis zu fünf Jahren.

Unter der Leitung eines Reha-Managers sorgt ein erfahrenes Team aus Ärzten, Psychologen und Berufsberatern für die:

– Gezielte Planung der Rehabilitation

– Optimierung des Heilungsverlaufs

– Organisation des sozialen Umfelds

– Berufliche oder schulische Reintegration

Bei vereinbarten Hilfs- und Pflegeleistungen haben Sie sich für den Fall abgesichert, wenn Sie nach einem Unfall für eine Übergangszeit auf Hilfe bzw. Pflege angewiesen sind. Die gesetzlich vorgesehenen Leistungen greifen nicht immer und sofort. Deshalb unterstützen wir Sie schnell und unbürokratisch mit genau den Hilfs- und Pflegeleistungen, die Sie in dem Moment benötigen. So können Sie sich nach einem Unfall die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit bewahren.

Mit Hilfe der vereinbarten Geldleistungen können die finanziellen Auswirkungen von Unfällen aufgefangen werden. Auf die Leistungen der privaten Unfallversicherung werden Zahlungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder Haftpflichtentschädigungen nicht angerechnet.

Wozu verpflichten Sie sich?

Beitragszahlung

Um den Versicherungsschutz ununterbrochen aufrechtzuerhalten, sind die Beiträge pünktlich zu zahlen. Sollte Ihnen dies einmal nicht möglich sein, so wenden Sie sich bitte an uns. Wir sagen Ihnen, wie Sie den Vertrag evtl. in veränderter Form fortführen können.

Mitteilung bei Änderung des Gesundheitszustands

Sollte die versicherte Person auf Dauer pflegebedürftig im Sinne der sozialen Pflegeversicherung werden, so müssen Sie uns dies bekannt geben. Bei anerkanntem Pflegegrad 2 ist die Versicherung von Hilfs- und Pflegeleistungen und der Unfallpflegerente nicht mehr möglich (siehe im Einzelnen die Tarifbestimmungen zu UnfallGiroVita).

Was ist im Schadenfall zu beachten?

Ein Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführen wird, ist uns **unverzüglich unter Angabe der Versicherungsnummer** anzuzeigen. Eine etwaige Hilfsbedürftigkeit ist geltend zu machen.

Der einfachste Weg geht über das Telefon: Rufen Sie bei uns an.

Telefon-Nr.: +49 231 919-2313.

Dieses Telefon ist 24 Stunden besetzt. Außerhalb unserer Geschäftszeiten steht Ihnen ein Anrufbeantworter zur Verfügung.

Selbstverständlich können Sie uns auch über Telefax erreichen.

Telefax-Nr.: +49 231 919-2522.

Zudem ist unverzüglich nach dem Unfall ein Arzt aufzusuchen und die Behandlung bis zum Abschluss fortzusetzen.

Todesfälle sind uns binnen 7 Tagen anzuzeigen, auch wenn der Unfall selbst bereits gemeldet war.

Wie helfen wir Ihnen bei einem Unfall im Ausland?

Unsere Notruf- und Service-Zentrale ist rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr erreichbar.

Telefon-Nr.: +49 221 9822 9556

Telefax-Nr.: +49 40 6945 9761 339

Mail: ambulance@malteser.org

Steuertipp

Vorbehaltlich späterer Änderungen gilt: Die Beiträge zur Unfallversicherung gegen Berufsunfälle können als Werbungskosten gem. § 9 Absatz 1 Satz 1 Einkommensteuergesetz (EStG), gegen außerberufliche Unfälle als Sonderausgaben gem. § 10 Absatz 1 Nr. 2 a EStG steuerlich geltend gemacht werden. Bei einer 24-Stunden-Deckung ist der Gesamtbeitrag für beide Risiken entsprechend aufzuteilen – im Zweifel jeweils 50 Prozent des Gesamtbeitrags.

Die Kapitalleistungen aus der Unfallversicherung sind steuerfrei. Die Unfallrente und Unfallpflegerente werden nur mit dem altersabhängigen Ertragsanteil besteuert. Todesfall-Leistungen an Hinterbliebene sind grundsätzlich erbschaftsteuerpflichtig. Für nahe Angehörige sieht das Erbschaftsteuergesetz aber relativ hohe Freibeträge vor.

2 Tarifbestimmungen

Altersgrenzen/Versicherbarkeit

Über den Ablauf des Versicherungsjahres hinaus, in dem die versicherte Person das 85. Lebensjahr vollendet, kann die Versicherung zu den bisherigen Beiträgen nicht fortgeführt werden (Ziffer 4 der Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung UnfallGiroVita).

Die Versicherung der Hilfs- und Pflegeleistungen bzw. der Unfallpflegerente ist nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert bei anerkannt dauernd Pflegebedürftigen (Ziffer 6 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Hilfs- und Pflegeleistungen in der Unfallversicherung bzw. Ziffer 4 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung einer Unfallpflegerente (Unfallpflegerente Plus)).

Nicht aufnahmefähig sind Personen mit schweren Beeinträchtigungen und Personen, die keinen festen Wohnsitz in Deutschland haben.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung vom 26.05.1994

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit – gültig ab dem 01.01.2017

Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit – gültig ab dem 01.01.2017

Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den **Pflegegrad 1**: **geringe Beeinträchtigungen** der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den **Pflegegrad 2**: **erhebliche Beeinträchtigungen** der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den **Pflegegrad 3**: **schwere Beeinträchtigungen** der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den **Pflegegrad 4**: **schwerste Beeinträchtigungen** der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den **Pflegegrad 5**: **schwerste Beeinträchtigungen** der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Beitragsberechnung

Der Beitrag ist abhängig vom vereinbarten Versicherungsschutz sowie vom Eintrittsalter (= Gefahrengruppe) der zu versichernden Person. Mit der Vollendung des 85. Lebensjahres erfolgt eine Beitragsanpassung.

Wichtig

Die berufliche Tätigkeit oder Beschäftigung ist für die Beitragsberechnung unerheblich; sie ist aber für den Fortbestand des Vertrags von Bedeutung. Deshalb müssen Sie uns alle späteren Änderungen der beruflichen Tätigkeit oder Beschäftigung unverzüglich anzeigen.

Nicht versicherbar sind Artisten, Dompteure, Tierbändiger und -pfleger (Raubtier), Brückenbaumeister, Munitions- und Räumtrupps, Sprengmeister, Berufstaucher und Berufssportler.

Ebenfalls nicht versicherbar sind Personen, die Sport ausüben, aus dem sie überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 %) ihren Lebensunterhalt verdienen (einschließlich Sportförderung und entsprechende Tätigkeit innerhalb von Polizei, Bundeswehr oder ähnlichem).

3 Bedingungen

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale)

siehe bei UnfallGiro, Seite 8 – 41

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung UnfallGiroVita

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung UnfallGiroVita vereinbart.

1 Leistungserweiterungen

1.1 Versicherungsschutz bei Oberschenkelhalsfraktur

Abweichend von Ziffer 1.3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale) gilt als Unfall auch, wenn die versicherte Person – unabhängig von der Ursache – eine Oberschenkelhalsfraktur erleidet.

Eine Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen bleibt abweichend von Ziffer 4 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale) unberücksichtigt.

1.2 Einschluss von Unfällen infolge von Bewusstseinsstörungen

Abweichend von Ziffer 5.1.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale) besteht weitergehender Versicherungsschutz bei allen nicht alkohol-/drogenbedingten Bewusstseinsstörungen. Mitversichert sind nur die Unfallfolgen.

2 Welche Leistungsarten sind generell in UnfallGiroVita mitversichert?

2.1 Kosten für Umzug oder Wohnungs- und Autoumbau

2.1.1 Erstattung der Kosten für Umzug oder Wohnungsumbau

2.1.1.1 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten Ihnen einmalig entweder

– die Kosten für den Umzug in eine behindertengerechte Wohnung oder

– die Kosten eines behindertengerechten Umbaus der eigenen Wohnung bzw. des eigenen Hauses.

Diese Kosten übernehmen wir bis zu einem Betrag von insgesamt 10.000 EUR je Versicherungsfall.

2.1.1.2 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 bis 2.1.1.3 der AUB 2020 XL der Continentale gegeben.

Der Unfall führt nach ärztlicher Einschätzung voraussichtlich zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 der AUB 2020 XL der Continentale und Ziffer 4 der AUB 2020 XL der Continentale ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent.

Die unfallbedingte Notwendigkeit einer behindertengerechten Wohnung wird durch ein ärztliches Attest bescheinigt.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

2.1.2 Erstattung der Kosten für Autoumbau

2.1.2.1 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten Ihnen einmalig die Kosten für den behindertengerechten Umbau eines Autos bis zu einem Betrag von insgesamt 10.000 EUR je Versicherungsfall.

2.1.2.2 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 bis 2.1.1.3 der AUB 2020 XL der Continentale gegeben.

Der Unfall führt nach ärztlicher Einschätzung voraussichtlich zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 der AUB 2020 XL der Continentale und Ziffer 4 der AUB 2020 XL der Continentale ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent.

Die unfallbedingte Notwendigkeit eines behindertengerechten Autos wird durch ein ärztliches Attest bescheinigt.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

2.1.3 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssummen nehmen an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.2 Sofortleistung bei Oberschenkelhalsfraktur

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat – unabhängig von der Ursache – erstmalig eine Oberschenkelhalsfraktur erlitten.

Sie haben uns die Oberschenkelhalsfraktur

– durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht,

– innerhalb eines Jahres ab dem Tag des Unfalls

nachgewiesen.

2.2.2 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für eine Oberschenkelhalsfraktur die auf einen in Ziffer 5.1.1 der AUB 2020 XL der Continentale genannten Unfall durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen infolge Trunkenheit sowie den Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln zurückzuführen ist.

2.2.3 Höhe der Leistung

Die Sofortleistung bei Oberschenkelhalsfraktur wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.2.4 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.2.5 Ende der Versicherung der Sofortleistung bei Oberschenkelhalsfraktur

Die Versicherung einer Sofortleistung bei Oberschenkelhalsfraktur entfällt zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet.

3 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Abweichend von Ziffer 6.2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale) gilt:

3.1 Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person (Bundesfreiwilligendienst und militärische Reserveübungen fallen nicht darunter) müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

3.2 Bieten wir für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung nach unserem Tarif keinen Versicherungsschutz, können wir den Vertrag kündigen. Die Kündigung wird einen Monat nach Zugang wirksam.

Das Kündigungsrecht erlischt,

– wenn wir es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt haben, zu dem wir von der Änderung Kenntnis erlangt haben, oder

– wenn die versicherte Person ihre vorherige Berufstätigkeit oder Beschäftigung wieder aufgenommen hat.

Haben Sie die Änderungsanzeige nicht unverzüglich gemacht, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Unfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu welchem uns die Anzeige hätte zugehen müssen.

Unsere Verpflichtung bleibt bestehen, wenn uns die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zu dem Zeitpunkt bekannt war, zu dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen. Das Gleiche gilt, wenn bei Eintritt des Unfalls

– die Frist für unsere Kündigung abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder

– wenn die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung keinen Einfluss auf den Eintritt des Unfalls und auf den Umfang unserer Leistung gehabt hat.

4 Beitragsanpassung nach Vollendung des 85. Lebensjahres

Abweichend von Ziffer 6.3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale) gilt:

4.1 Beitragsanpassung ohne Versicherung von Hilfs- und Pflegeleistungen (Hilfs- und Pflege-Service), Hilfsleistungen (Hilfs-Service) und Reha-Leistungen (Reha-Service)

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 85. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Beiträgen.

Danach gilt der Tarif für Personen ab dem vollendeten 85. Lebensjahr.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

– Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag

oder

– Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.

4.2 Beitragsanpassung bei Versicherung von Hilfs- und Pflegeleistungen (Hilfs- und Pflege-Service), Hilfsleistungen (Hilfs-Service) oder Reha-Leistungen (Reha-Service)

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 85. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Beiträgen.

Danach gilt der Tarif für Personen ab dem vollendeten 85. Lebensjahr.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

– Sie behalten für die Geldleistungen die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.

oder

– Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen der Geldleistungen entsprechend um den Anteil, um den sich der Beitrag für die Hilfs- und Pflegeleistungen (Hilfs- und Pflege-Service), Hilfsleistungen (Hilfs-Service), Reha-Leistungen (Reha-Service) sowie Geldleistungen erhöht. Vereinbarte Hilfs- und Pflegeleistungen (Hilfs- und Pflege-Service), Hilfsleistungen (Hilfs-Service) und Reha-Leistungen (Reha-Service) bleiben unverändert.

4.3 Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate vor Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führen wir die Unfallversicherung UnfallGiroVita entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit der Ziffer 4.1 bzw. 4.2 fort.

4 Weitere Besondere Bedingungen
(diese haben nur Gültigkeit, wenn sie ausdrücklich vereinbart sind)

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel bei einem Invaliditätsgrad von mehr als 50 Prozent und bis zu 350 Prozent der Versicherungssumme bei einem Invaliditätsgrad von 100 Prozent (BB Progression 350 % VITA)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 4 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 der AUB 2020 XL der Continentale gilt:

1. Für jeden Prozentpunkt, des unfallbedingten Invaliditätsgrads der 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.
2. Für jeden Prozentpunkt, des unfallbedingten Invaliditätsgrads der 75 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 6 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %
51	53	70	110	89	251
52	56	71	113	90	260
53	59	72	116	91	269
54	62	73	119	92	278
55	65	74	122	93	287
56	68	75	125	94	296
57	71	76	134	95	305
58	74	77	143	96	314
59	77	78	152	97	323
60	80	79	161	98	332
61	83	80	170	99	341
62	86	81	179	100	350
63	89	82	188		
64	92	83	197		
65	95	84	206		
66	98	85	215		
67	101	86	224		
68	104	87	233		
69	107	88	242		

Besondere Bedingungen für die Invaliditätsleistung in der Unfallversicherung bei einem Invaliditätsgrad ab 25 Prozent

Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 bis 2.1.1.3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale) gilt als Voraussetzung für die Invaliditätsleistung:

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit um mindestens 25 Prozent beeinträchtigt.

Besondere Bedingungen für die Invaliditätsleistung in der Unfallversicherung bei einem Invaliditätsgrad ab 30 Prozent

Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 bis 2.1.1.3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale) gilt als Voraussetzung für die Invaliditätsleistung:

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit um mindestens 30 Prozent beeinträchtigt.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale) zahlen wir eine Unfallrente entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 bis 2.1.1.3 der AUB 2020 XL der Continentale gegeben.

Stirbt die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Unfallrente.

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 4 der AUB 2020 XL der Continentale ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt. Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, ist der Invaliditätsgrad maßgeblich, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre (Ziffer 2.1.2.3 der AUB 2020 XL der Continentale).

2 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfallrente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

3 Beginn und Dauer der Leistung

3.1 Wir zahlen die Unfallrente

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,
- monatlich im Voraus.

3.2 Wir zahlen die Unfallrente bis zum Ende des Monats, in dem

- wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 der AUB 2020 XL der Continentale vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist oder
- die versicherte Person stirbt.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallpflegerente (Unfallpflegerente Plus)

1 Voraussetzungen für die Leistung
2 Höhe der Leistung
3 Beginn und Dauer der Leistung
4 Welche Personen sind nicht versicherbar?
5 Wann ist die Unfallpflegerente fällig?
6 Einmalzahlung bei Pflegegrad 3 der versicherten Person
7 In welchen Fällen kann der Beitrag für die Unfallpflegerente neu festgesetzt werden?

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale) zahlen wir eine Unfallpflegerente entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Voraussetzungen für die Leistung

1.1 Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 bis 2.1.1.3 der AUB 2020 XL der Continentale gegeben.

Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, ist der Invaliditätsgrad maßgeblich, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre (Ziffer 2.1.2.3 der AUB 2020 XL der Continentale).

Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung des Invaliditätsgrades unberücksichtigt.

1.2 Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 4 der AUB 2020 XL der Continentale ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 35 Prozent geführt und die versicherte Person hat mindestens dauernd schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 3).

1.3 Stirbt die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Unfallpflegerente.

2 Höhe der Leistung

Wir zahlen

- bei einem Invaliditätsgrad von 35 bis unter 50 % und einem Pflegegrad 3 (schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten) die Hälfte der vereinbarten Unfallpflegerente.
- bei einem Invaliditätsgrad ab 50% und einem Pflegegrad 4 (schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten) oder Pflegegrad 5 (schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung) die vereinbarte Unfallpflegerente.

Die dauernde Schwerstpflegebedürftigkeit bzw. die schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit oder ohne besondere Anforderungen an die pflegerische Versorgung ist unfall- oder krankheitsbedingt

– innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten

und

– innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall durch einen Leistungsbescheid der Pflegeversicherung schriftlich festgestellt

und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

3 Beginn und Dauer der Leistung

Wir zahlen die Unfallpflegerente

– rückwirkend ab Beginn des Monats, ab dem nach dem Leistungsbescheid der Pflegeversicherung der Pflegegrad 3, 4 oder 5 besteht,

– monatlich im Voraus.

Die Unfallpflegerente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

– wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 der AUB 2020 XL der Continentale vorgenommene ärztliche Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad bei Pflegegrad 3 unter 35 Prozent bzw. bei Pflegegrad 4 oder 5 unter 50 Prozent gesunken ist,

– die versicherte Person stirbt oder

– die Pflegegrade 3, 4 oder 5 durch Bescheid der Pflegeversicherung aberkannt werden. Dies müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Für die Versicherung der Unfallpflegerente sind nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert Personen, für die eine dauernde Pflegebedürftigkeit (ab Pflegegrad 2) im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wurden (siehe im Einzelnen die Tarifbestimmungen zu UnfallGiroVita).

4.2 Der Versicherungsschutz für die Unfallpflegerente erlischt, sobald die versicherte Person nach Ziffer 4.1 nicht mehr versicherbar ist.

Für diese endet gleichzeitig die Versicherung der Unfallpflegerente.

4.3 Den Beitragsanteil, der für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit für die Unfallpflegerente entrichtet wurde, zahlen wir zurück.

5 Wann ist die Unfallpflegerente fällig?

5.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb von drei Monaten zu erklären, ob und in welcher Höhe wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen teilweise ergänzend zu Ziffer 9.1 der AUB 2020 XL der Continentale mit dem Eingang folgender Unterlagen:

– Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,

– Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist,

– mit schweren Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 3) der Pflegeversicherung,

oder

– Leistungsbescheid über schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 4) der Pflegeversicherung,

oder

– Leistungsbescheid über schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung (Pflegegrad 5) der Pflegeversicherung.

5.2 Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Bezug der Unfallpflegerente sind wir teilweise ergänzend zu Ziffer 9.5 der AUB 2020 XL der Continentale berechtigt, Lebensbescheinigungen sowie Nachweise über den Fortbestand der schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit oder ohne besondere Anforderungen an die pflegerische Versorgung (Pflegegrad 4 oder 5) anzufordern. Werden die Unterlagen nicht unverzüglich übersandt, ruht die jeweilige Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

6 Voraussetzung für die Einmalzahlung

6.1 Einmalzahlung ab Pflegegrad 3

Die versicherte Person ist

– unfallbedingt in einen Invaliditätsgrad nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 der AUB 2020 XL der Continentale von mindestens 35 % und

– mit schweren Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 3)

im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung eingestuft.

Die schweren Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sind unfall- oder krankheitsbedingt

– innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und

– innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall durch einen Leistungsbescheid der Pflegeversicherung schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

Dann zahlen wir das 12fache aus der Hälfte der vereinbarten Unfallpflegerente als Kapitalzahlung.

6.2 Einmalzahlung ab Pflegegrad 4

Die versicherte Person ist

– unfallbedingt in einen Invaliditätsgrad nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 der AUB 2020 XL der Continentale von mindestens 50 % und

– mit schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 4)

im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung eingestuft.

Die schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sind unfall- oder krankheitsbedingt

– innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und

– innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall durch einen Leistungsbescheid der Pflegeversicherung schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

Dann zahlen wir das 12fache der vereinbarten Unfallpflegerente als Kapitalzahlung.

6.3 Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Kapitalleistung.

6.4 Die Fälligkeit der Kapitalleistung bestimmt sich nach Ziffer 5. Abweichend beginnen die Fristen mit dem Eingang des Leistungsbescheids über die schweren Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten (Pflegegrad 3) der Pflegeversicherung.

7 In welchen Fällen kann der Beitrag für die Unfallpflegerente neu festgesetzt werden?

Wir sind berechtigt den Beitrag für die Unfallpflegerente neu festzusetzen,

– wenn sich gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und dem daraus errechneten Beitrag eine Veränderung des Bedarfs für die Erfüllbarkeit der Leistung ergibt

und

– diese Veränderung nicht vorhersehbar und als nicht vorübergehend anzusehen ist.

Die Neufestsetzung ist nur zulässig, wenn

– sie erforderlich erscheint, um die dauernde Erfülllbarkeit der Leistung zu gewährleisten

und

– ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen und sonstigen Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und deren Angemessenheit bestätigt hat.

Die Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Bestellung eines Treuhänders gelten entsprechend.

Der Beitrag wird dann entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen neu festgesetzt. Eine Anpassung nehmen wir zu Beginn des auf die Feststellung folgenden Versicherungsjahres vor.

Bei Erhöhung des Beitrags für die Unfallpflegerente können Sie innerhalb eines Monats nach Eingang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, die Versicherung der Unfallpflegerente kündigen. Der Versicherungsvertrag im Übrigen bleibt von dieser Kündigung unberührt.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Reha-Leistungen in der Unfallversicherung (Reha-Service)

Ergänzend zu Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen AUB 2020 XL der Continentale erhalten Sie Reha-Leistungen über einen von uns beauftragten qualifizierten Dienstleister entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Voraussetzung für die Leistungen
2 Art, Umfang und Dauer der Leistungen
3 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
4 In welchen Fällen kann der Beitrag für die Reha-Leistungen neu festgesetzt werden?
5 Was müssen Sie bei Vollendung des 18. Lebensjahres beachten?

1 Voraussetzung für die Leistungen

1.1 Die versicherte Person hat unfallbedingt eine der folgenden schweren Verletzungen erlitten:

– Schädel-, Hirnverletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnquetschung (Contusion) oder Hirnblutung
– Fraktur des Beckens
– Oberarmkopffraktur
– Fraktur mit Beteiligung des Ellenbogens
– Oberschenkelhalsbruch
– Fraktur des Schienenbeinkopfs
– CRPS (Sudeck)

oder

1.2 die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalls in ununterbrochener medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung, deren Dauer ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen mindestens zehn Tage beträgt.

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2 Art, Umfang und Dauer der Leistungen

2.1 Die versicherte Person kann bei Vorliegen der Voraussetzung die Reha-Leistungen unseres medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Reintegrationsdienstes in Anspruch nehmen.

Der von uns ausgewählte Dienstleister

– wird auf der Grundlage der medizinischen Diagnosen und Unterlagen unter Berücksichtigung der individuellen Situation der versicherten Person die grundsätzliche Vorgehensweise empfehlen und

– bei Bedarf umfassende Empfehlungen zur medizinischen, schulischen, berufskundlichen und sozialen rehabilitativen Betreuung erarbeiten und kontinuierlich bis zur medizinischen, sozialen und schulischen/beruflichen Rehabilitation begleiten.

2.2 Art und Umfang der Leistungen sowie die Dauer der Leistungserbringung sind insbesondere abhängig von der Art der Verletzung, ihrem Verlauf und ihren Folgen.

Die Leistungen werden erbracht, bis nach Beurteilung des medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Reintegrationsdienstes Fortschritte hinsichtlich der medizinischen, sozialen, schulischen und beruflichen Rehabilitation nicht mehr zu erwarten sind.

Wir übernehmen bis zu einem Betrag von insgesamt 10.000 € je Versicherungsfall die Kosten

– für die Reha-Leistungen unseres medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Reintegrationsdienstes.

– einer notwendigen Heilbehandlung im stationären und ambulanten Bereich (u.a. Ergotherapie, Elektrotherapie, Manuelle Therapie, Massagen, Lymphdrainagen, Logopädie).

– für eine berufsbedingte Umschulungsmaßnahme.

Besteht unfallbedingt die Notwendigkeit einer prothetischen Versorgung oder der Versorgung mit anderen Hilfsmitteln, ersetzen wir die dadurch entstehenden Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 5.000 € je Versicherungsfall.

Als Voraussetzung für den Ersatz der Kosten gilt jeweils, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Die sonstigen Kosten, die aus der Durchführung der empfohlenen Maßnahmen selbst entstehen, werden nicht übernommen.

Die Reha-Leistungen enden spätestens vier Jahre nach dem Unfall der versicherten Person. Bei Personen, die bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, verlängert sich dieser Zeitraum von vier auf fünf Jahre nach dem Unfall.

2.3 Die Reha-Leistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland. Dies gilt nicht, wenn der Auslandsaufenthalt Teil des Rehabilitationsprozesses ist, der von uns oder vom eingeschalteten Beratungs- und Reintegrationsdienst vorgeschlagen wurde.

2.4 Mit der Erbringung der Reha-Leistungen ist eine Anerkennung unserer Leistungspflicht aus dem Vertrag nicht verbunden, da aus medizinischen/sozialen Gründen mit der Einschaltung des Beratungs- und Reintegrationsdienstes nicht immer bis zu unserer abschließenden Prüfung des Versicherungsschutzes abgewartet werden kann.

3 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ergänzend zu Ziffer 7 AUB 2020 XL der Continentale gilt folgende Obliegenheit:

Die Reha-Leistungen müssen Sie oder die versicherte Person spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage

– eines objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Berichts oder

– einer Bescheinigung über die ununterbrochene vollstationäre Heilbehandlung bei uns geltend machen.

Wird diese Obliegenheit verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 der AUB 2020 XL der Continentale gilt entsprechend.

4 In welchen Fällen kann der Beitrag für die Reha-Leistungen neu festgesetzt werden?

4.1 Den für die Reha-Leistungen vereinbarten Beitrag können wir entsprechend der Entwicklung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen und entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs anpassen.

4.2 Anpassung entsprechend der Veränderung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen

4.2.1 Als Maßstab dient die Veränderung des vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Verbraucherindex für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen (Nr. 124), ersatzweise des von Amts wegen an dessen Stelle tretenden Index.

4.2.2 Wir ermitteln zum Ende jeden Kalenderjahres die Veränderung des Index seit der letzten Beitragsfestsetzung. Eine sich bei diesem Vergleich ergebende Veränderung wird nur berücksichtigt, wenn nicht zum gleichen Zeitpunkt

– eine Anpassung entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs nach Ziffer 4.3 erfolgt und

– wenn die Veränderung mindestens 5 % beträgt.

In diesem Falle sind wir bei einer Erhöhung berechtigt, bei einer Verminderung verpflichtet, den Beitrag entsprechend anzupassen.

4.3 Anpassung entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs

Wir sind berechtigt, den Beitrag für die Reha-Leistungen neu festzusetzen,

– wenn sich gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und dem daraus errechneten Beitrag eine Veränderung des Bedarfs für die Erfüllbarkeit der Leistungen ergibt und

– diese Veränderung nicht vorhersehbar und als nicht vorübergehend anzusehen ist.

Die Neufestsetzung ist nur zulässig, wenn

– sie erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Leistungen zu gewährleisten und
– ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen und sonstigen Voraussetzungen für die Änderungen überprüft

und deren Angemessenheit bestätigt hat.

Die Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Bestellung eines Treuhänders gelten entsprechend.

Der Beitrag wird dann entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen neu festgesetzt.

4.4 Eine Anpassung nehmen wir zu Beginn des auf die Feststellung folgenden Versicherungsjahres vor.

4.5 Bei Erhöhung des Beitrags für die Reha-Leistungen können Sie innerhalb eines Monats nach Eingang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, die Versicherung der Reha-Leistungen in Textform kündigen. Der Versicherungsvertrag im Übrigen bleibt von dieser Kündigung unberührt.

5 Was müssen Sie bei Vollendung des 18. Lebensjahres beachten?

Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, erfolgt nach Ziffer 6.1 der AUB 2020 XL der Continentale die Umstellung in den Tarif für Erwachsene. Ergänzend zu Ziffer 6.1 der AUB 2020 XL der Continentale haben Sie jedoch folgendes Wahlrecht:

– Sie behalten für die Geldleistungen die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.
– Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssummen der Geldleistungen entsprechend um den Anteil, um den sich der Beitrag für die Reha-Leistungen sowie Geldleistungen erhöht. Die vereinbarten Reha- Leistungen bleiben unverändert.

Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate vor Beginn des neuen Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.5 der AUB 2020 XL der Continentale noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfs- und Pflegeleistungen in der Unfallversicherung (Hilfs- und Pflege-Service)

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen AUB 2020 der Continentale erbringen wir Hilfs- und Pflegeleistungen entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Was ist versichert?
2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfs- und Pflegeleistungen?
3 Welche Leistungen sind versichert?
4 Wie lange erhalten Sie unsere Leistungen, und wie ist das Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung?
5 Welche Leistungen erhalten pflegebedürftige Angehörige der versicherten Person?
6 Welche Personen sind nicht versicherbar?
7 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?
8 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
9 Wann sind die Hilfs- und Pflegeleistungen fällig?
10 In welchen Fällen kann der Beitrag für die Hilfs- und Pflegeleistungen neu festgesetzt werden?

1 Was ist versichert?

1.1 Führt ein Unfall der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir als Versicherer im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfangs Hilfs- und Pflegeleistungen. Wir bedienen uns dazu von uns beauftragter qualifizierter Dienstleister.

1.2 Die Hilfs- und Pflegeleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfs- und Pflegeleistungen?

2.1 Voraussetzungen für die Leistungen

Die versicherte Person

– ist durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und
– benötigt deshalb Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe (Hilfsbedürftigkeit).

2.2 Bedarfsermittlung und Umfang der Leistungen

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Hilfs- und Pflegeleistungen aus Art und Umfang der Hilfsbedürftigkeit. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 3 aufgeführten Leistungen.

2.3 Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis verursachten Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, so wird dies abweichend von Ziffer 4 der AUB 2020 der Continentale nicht berücksichtigt.

3 Welche Leistungen sind versichert?

3.1 Erstgespräch

Im Erstgespräch wird der jeweilige Bedarf der nach Ziffer 3.2 und 3.3 zu erbringenden Hilfsleistungen festgestellt sowie die versicherte Person über die Art und die Durchführung informiert.

3.2 Hilfsleistungen

Wir organisieren die folgenden Hilfsleistungen und übernehmen die Kosten.

3.2.1 Hausnotruf

Soweit die technischen Voraussetzungen vorhanden sind, wird in der Wohnung der versicherten Person eine Hausnotrufanlage inklusive Funkfinger installiert. Außerdem wird die 24-stündige Erreichbarkeit der Rufzentrale mit Gesprächskontakt gewährleistet.

3.2.2 Menüservice

Wir versorgen die versicherte Person über einen Menüservice mit einem Mittagsmenü (auch als Diät- oder Schonkost).

Wir erbringen diese Leistung auch für Personen, die als Ehe-, Lebenspartner oder Verwandte 1. Grades (Eltern/Kinder) in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person zusammenleben und bis zum Unfall von dieser versorgt wurden.

3.2.3 Besorgungen und Einkäufe

Besorgungen und Einkäufe werden bis zu 8 Stunden pro Woche durchgeführt.

Zu den Besorgungen und Einkäufen zählen:

– das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs,
– notwendige Besorgungen (z. B. Bank- und Behördengänge, Abholung von Rezepten, Bringen/Abholen von Wäsche bei einer Reinigung) und das Einkaufen (einschließlich Beschaffung von Medikamenten),
– die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel,
– die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln.

Die Kosten für die Lebensmittel, Gegenstände des täglichen Bedarfs, anfallende Gebühren sowie für die Reinigung werden nicht übernommen.

3.2.4 Fahrdienst mit Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Wir bringen und begleiten die versicherte Person zu notwendigen Ärzten, Fachärzten, Krankenhäuser, Krankengymnastik und Therapien oder Behördenterminen (Hin- und Rückfahrt). Wir übernehmen für die Fahrdienste die Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 2.500 EUR.

3.2.5 Reinigung der Wohnung

Wir reinigen den allgemein üblichen Lebensbereich (z. B. Wohn- und Schlafraum, Bad, Toilette, Küche) bis zu 8 Stunden pro Woche. Dies setzt voraus, dass die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war.

3.2.6 Wäscheservice

bis zu 8 Stunden pro Woche wird

– das Waschen, Trocknen,
– das Bügeln,
– das Sortieren, Einräumen der Wäsche und
– die Schuhpflege

übernommen.

3.2.7 Tag- und Nachtwache nach Krankenhausaufenthalt/ambulanter Operation

Wir sorgen nach einem Krankenhausaufenthalt/einer ambulanten Operation für die Beaufsichtigung der versicherten Person, längstens für 48 Stunden.

3.2.8 Medikamentenberatung

Wir beraten durch pharmazeutisch ausgebildetes Personal zu allen Fragen rund um Medikamente. Dazu gehören unter anderem Neben- und Wechselwirkungen, Einnahmevorschriften, enthaltene Wirkstoffe oder Alternativprodukte. Die Beratung kann auch zu Impfungen oder Homöopathie erfolgen. Als Beratungskanäle stehen alle modernen Kommunikationswege zur Verfügung: Telefon, Email oder Messaging-Dienste.

3.2.9 Betreuung der Familie

Wir betreuen die von der versicherten Person betreuten Personen (Ehe-/Lebenspartner, Kinder, Enkelkinder, Eltern und Schwiegereltern), soweit

– die versicherte Person wegen des Unfalls hierzu nicht mehr in der Lage oder
– die versicherte Person aufgrund des Unfalls verstorben ist und
– in dem Haushalt keine Person lebt, die die Betreuung übernehmen kann.

3.2.9.1 Aufrechterhaltung/Weiterführung des Haushalts

Wir sorgen für die Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts, in dem die betreute Person wohnt und erbringen für diese bei Bedarf einen Menüservice mit einem Mittagsmenü (auch als Diät- oder Schonkost).

Zur Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts zählen

– die Reinigung und Pflege der Wäsche und Kleidung (Waschen, Trocknen, Bügeln und Einsortieren),
– Schuhpflege,
– Besorgungen und Einkäufe und
– die Reinigung des allgemein üblichen Lebensbereichs (z. B. Wohn- und Schlafraum, Küche, Bad und Toilette).

3.2.9.2 Betreuung der Kinder/Enkelkinder

Die Betreuung der Familie umfasst die Betreuung minderjähriger Kinder einschließlich

– der Hausaufgabenbetreuung für Grundschüler,
– der Zubereitung von Mahlzeiten,
– der Hilfe bei der Nahrungsaufnahme,
– der Hilfe beim An- und Auskleiden sowie
– der Unterstützung bei der Körperpflege (nicht medizinischer Art).

Wir organisieren und begleiten folgende Fahrdienste (Hin- und Rückfahrt) für die Kinder:

– zum Kindergarten oder zur Kindertagesstätte und Schule,
– zu Vereinen, in denen das Kind Mitglied ist,
– zu entgeltlichen Kursen und Unterrichts-/Nachhilfestunden,
– zu Arztterminen, zu ärztlich verordneten Anwendungen.

Wir übernehmen für die Fahrdienste die Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 2.500 EUR.

3.3 Vermittlung und Benennung von Hilfsleistungen

Auf Ihren Wunsch vermitteln wir die folgenden Hilfsleistungen, zusätzlich zu den in Ziffer 3.1 und 3.2 aufgeführten Leistungen.

3.3.1 Pflegehilfsmittel

Wir übernehmen die Vermittlung von Pflegehilfsmitteln wie z. B. Krankenbett, Rollstuhl oder Gehhilfen.

3.3.2 Beratung bei Umbau von Wohnung/Kraftfahrzeug

Es wird einmalig eine Beratung bei Umbau der Wohnung/des Kraftfahrzeugs vermittelt. Die Kosten für den Umbau der Wohnung/des Kraftfahrzeugs werden nicht übernommen.

3.3.3 Tierbetreuung

Es wird einmalig eine Betreuung von gewöhnlichen Haustieren (Hunde, Katzen, Vögel etc.) der versicherten Person vermittelt.

3.3.4 Garten- und Grabpflege sowie Schneeräumdienst

Wir vermitteln einmalig die Pflege des Gartens sowie das Schneeräumen und Benennen einmalig Anbieter für die Pflege von Gräbern verstorbener Angehöriger. Angehörige sind der Ehe- oder Lebenspartner, Verwandte 1. Grades (Eltern/Kinder) oder die Schwiegereltern der versicherten Person.

3.3.5 Nagel-, Fußpflege und Friseur

Wir vermitteln 1-mal im Monat eine mobile Nagel-, Fußpflege und einen mobilen Friseur für die versicherte.

Für die Ziffern 3.3.3 bis 3.3.5 gilt:

Die Kosten im Rahmen der Tierbetreuung, Garten- und Grabpflege sowie Schneeräumdienst bzw. Nagel-, Fußpflege und Friseur werden bis zu einem Betrag von insgesamt 2.500 EUR übernommen.

3.3.6 Wohnraumberatung (Sicherheitscheck)

Wir organisieren eine Wohnraumüberprüfung im Hinblick auf barrierefreies Wohnen im Haushalt der versicherten Person und erstellen ein Protokoll mit Anregungen für die Umgestaltung des Wohnraumes (Beseitigung von Stolperfallen, etc.).

3.3.7 Pflegeplatzvermittlung

In Notfällen vermitteln wir einen Pflegeplatz für die versicherte Person in einer qualitätsgeprüften Pflegeeinrichtung, sofern diese nicht suizidgefährdet ist. Es wird ein möglichst ortsnaher Pflegeplatz vermittelt, ein Anspruch auf einen ortsnahen Pflegeplatz besteht jedoch nicht. Die Kosten für die Unterbringung übernehmen wir nicht.

3.3.8 Hospizplätze

Wir nennen der versicherten Person Einrichtungen, die Hospizplätze zur Verfügung stellen.

3.4 Pflegeleistungen

3.4.1 Grundpflege

Die versicherte Person erhält von uns bis zu 2-mal täglich bis zu 3 Stunden pro Tag eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören:

– Körperpflege,
– An- und Auskleiden,

– Lagern und Betten,
– die Hilfe bei der Nahrungszubereitung, -aufnahme und -ausscheidung und
– die Hilfe bei der Durchführung von Gymnastikübungen.

3.4.2 Pflegeschulung für Angehörige

Erfolgt die Pflege durch einen pflegenden Angehörigen, wird die erforderliche Schulung für die täglichen Pflegetätigkeiten durchgeführt. Es handelt sich bei dieser Leistung um eine einmalige Schulungsmaßnahme.

3.4.3 Information und Beratung zur Pflege

Wir informieren zur gesetzlichen Pflegeversicherung und beraten bei der Auswahl und Anschaffung von notwendigen Pflegehilfsmitteln. Die Kosten für die Pflegehilfsmittel selbst werden von uns nicht übernommen.

3.4.4 Einsatz von Mediatoren (Pflegemediation)

Wir unterstützen die versicherte Person

– bei der Entscheidungsfindung, ob der Pflegende persönlich, fachlich oder wohnortbezogen in der Lage ist, den akuten familiären Pflegefall nicht nur temporär, sondern auf Dauer zu übernehmen
– bei familiären Konfliktsituationen.

Diese Leistungen werden jeweils einmalig erbracht und erfolgen telefonisch oder bei Bedarf auch persönlich vor Ort.

3.4.5 Kostenträger-Check

Wir beraten die versicherte Person, welche gesetzlichen Ansprüche sie gegenüber diversen Kostenträgern, z. B. in der sozialen Pflegeversicherung, hat.

3.4.6 MDK-Coaching

Wir bereiten Sie optimal auf die Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vor.

3.4.7 Psychologische (Erst-)Beratung

Wir unterstützen Sie und ihre Angehörigen bei traumatischen Ereignissen und schweren Belastungssituationen infolge eines Unfalls und vermitteln hier psychologische (Erst-)Beratungen. Grundsätzlich erfolgen drei Beratungsgespräche durch Psychologen per Telefon, Mail oder Skype. In Ausnahmefällen oder besonders schweren Fällen ist auch eine Beratung vor Ort möglich. Alternativ oder zur Aufnahme einer ambulanten oder stationären Therapie werden Psychologen vor Ort vermittelt, sofern diese örtlich verfügbar sind.

3.4.8 Krankenhaus-Assistance

Wir bieten mehr Service in den ersten 5 Tagen eines unfallbedingten stationären Krankenhausaufenthalts (z. B. die Besorgung von notwendigen Utensilien oder alternativer Mahlzeiten statt üblicher Krankenhauskost). Die Kosten für einen Einkauf werden nicht übernommen.

3.4.9 Gesundheitstelefon

Wir bieten eine Hotline zu Gesundheitsfragen, Medikamentenverträglichkeit, reisemedizinischen Fragestellungen oder Strukturanfragen (Suche von Ärzten, Kliniken oder Apotheken) an. Eine ärztliche Behandlung beim (Haus-)Arzt kann hiermit nicht ersetzt werden.

3.4.10 Osteoporose-Assistance

Wir leisten die telefonische Beratung über Ursachen der Krankheitsentstehung (Salutogenese), Möglichkeiten der diagnostischen Abklärung und geben Tipps zur Bewegungsförderung, die Sensibilisierung für eine gesunde Lebensführung sowie Minimierung möglicher Sturzrisiken.

3.4.11 Demenz-Assistance

Wir leisten für die versicherte Person bzw. ihre Angehörigen eine Pflegeberatung oder spezielle Beratung zur Demenz. Die Beratung erfolgt telefonisch oder ggf. vor Ort. Die Beratungen dienen der Feststellung der Pflegeprobleme, der Ressourcen des Pflegebedürftigen, Planung künftiger Einsätze und Prüfung erforderlicher Pflegehilfsmittel. Es wird auch zu möglichen Ansprüchen aus der sozialen Pflegeversicherung informiert.

4 Wie lange erhalten Sie unsere Leistungen, und wie ist das Verhältnis zur gesetzlichen Pflegeversicherung?

4.1 Dauer der Leistung

Wir erbringen die Hilfs- und Pflegeleistungen, solange die Voraussetzungen nach Ziffer 2 erfüllt sind, längstens für 9 Monaten ab dem Tag des Unfalls.

Die Betreuung übernehmen wir dabei bis zu 8 Stunden täglich, die Kinderbetreuung in Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag. Als Notfall gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach dem Unfall ohne anderweitige (z. B. familiäre) Möglichkeit einer Kinderbetreuung.

4.2 Was passiert nach Anerkennung eines Pflegegrades der gesetzlichen Pflegeversicherung?

Die Anerkennung eines Pflegegrades der gesetzlichen Pflegeversicherung hat Auswirkungen auf Umfang und Dauer der Hilfs- und Pflegeleistungen:

– Werden ausschließlich Sachleistungen gewählt, erbringen wir ergänzend zur gesetzlichen Pflegeversicherung Hilfs- und Pflegeleistungen, soweit zusätzlicher Bedarf besteht. Art und Umfang der Leistungen richten sich nach Ziffer 3 und 4.1.

– Werden Geldleistungen gewählt, lässt sich der zusätzliche Bedarf nicht objektiv feststellen. Unsere Leistungen enden dann insgesamt.

5 Welche Leistungen erhalten pflegebedürftige Angehörige der versicherten Person?

5.1 Voraussetzungen für die Leistung

– Die versicherte Person hat einen Angehörigen bis zum Eintritt eines Unfalls gepflegt und ist dazu unfallbedingt nicht mehr in der Lage.

  Angehörige sind Ehe- oder Lebenspartner, Verwandte 1. Grades (Eltern/Kinder), Enkelkinder oder die Schwiegereltern der versicherten Person.

– Die versicherte Person und der Angehörige leben in häuslicher Gemeinschaft.

– Für den Angehörigen bestand zum Zeitpunkt des Unfalls ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung.

5.2 Umfang der Leistung

Wir übernehmen die Hilfs- und Pflegeleistungen im Umfang von Ziffer 3 nach dem von uns festgestellten individuellen Bedarf, soweit die versicherte Person sie vor dem Unfall erbracht hat.

5.3 Dauer der Leistung

5.3.1 Solange die Voraussetzungen nach Ziffer 5.1 vorliegen, erbringen wir unsere Leistungen ergänzend zu den Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung.

5.3.2 Hat der Angehörige vor dem Unfall Geldleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, erbringen wir unsere Leistungen bis zu einem Monat ab dem Tag des Unfalls.

Werden die Geldleistungen innerhalb dieses Zeitraums auf Sachleistungen umgestellt, gilt Ziffer 5.3.3 und 5.3.4.

5.3.3 Wird für die versicherte Person ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt, enden unsere Leistungen 1 Monat nach der Anerkennung.

Dies gilt auch, wenn die versicherte Person stirbt.

5.3.4 Unsere Leistungen enden spätestens 6 Monate nach dem Unfall der versicherten Person.

6 Welche Personen sind nicht versicherbar?

6.1 Für die Versicherung von Hilfs- und Pflegeleistungen sind nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert Personen, für die eine dauernde Pflegebedürftigkeit (ab Pflegegrad 2) im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wurde (siehe im Einzelnen die Tarifbestimmungen zu UnfallGiroVita).

6.2 Der Versicherungsschutz für die Hilfs- und Pflegeleistungen erlischt, sobald die versicherte Person nach Ziffer 6.1 nicht mehr versicherbar ist. Für diese endet gleichzeitig die Versicherung der Hilfs- und Pflegeleistungen.

6.3 Den Beitragsanteil, der für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit für die Hilfs- und Pflegeleistungen entrichtet wurde, zahlen wir zurück.

7 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

Für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten.

8 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ergänzend zu Ziffer 7 der AUB 2020 der Continentale gilt folgende Obliegenheit:

8.1 Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitsstand der versicherten Person. Auch während der Leistungserbringung sind uns Veränderungen des Gesundheitszustandes mitzuteilen.

Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind.

Dies gilt auch für den Gesundheitszustand pflegebedürftiger Angehöriger, wenn wir für sie Leistungen gemäß Ziffer 5 erbringen.

8.2 Entspricht die Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person voraussichtlich einem Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung, müssen Sie oder die versicherte Person dort unverzüglich Leistungen beantragen.

8.3 Die Anerkennung eines Pflegegrads und den Bezug/die Änderung von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung sowie die Änderung von Geld- in Sachleistungen müssen Sie oder die versicherte Person uns unverzüglich anzeigen.

8.4 Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 der AUB 2020 der Continentale gilt entsprechend.

9 Wann sind die Hilfs- und Pflegeleistungen fällig?

Haben Sie uns schlüssig

– den Unfallhergang, die Unfallfolgen und

– die Hilfsbedürftigkeit durch den Unfall

dargelegt, wird der individuelle Bedarf an Hilfs- und Pflegeleistungen nach Ziffer 3 unverzüglich festgestellt und erklärt, ob und welche Hilfsleistungen über einen von uns beauftragten qualifizierten Dienstleister erbracht werden.

Die Feststellung und die Erklärung sind vorläufig. Ergibt sich nachträglich, dass die Voraussetzungen für die Leistungen dem Grund oder dem Umfang nach nicht bestehen, so enden die Leistungen bzw. werden dem individuellen Bedarf angepasst.

10 In welchen Fällen kann der Beitrag für die Hilfs- und Pflegeleistungen neu festgesetzt werden?

10.1 Den für die Hilfs- und Pflegeleistungen vereinbarten Beitrag können wir entsprechend der Entwicklung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen und entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs anpassen.

10.2 Anpassung entsprechend der Veränderung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen

10.2.1 Als Maßstab dient die Veränderung des vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Verbraucherindex für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen (Nr. 124), ersatzweise des von Amts wegen an dessen Stelle tretenden Index.

10.2.2 Wir ermitteln zum Ende jeden Kalenderjahres die Veränderung des Index seit der letzten Beitragsfestsetzung. Eine sich bei diesem Vergleich ergebende Veränderung wird nur berücksichtigt, wenn nicht zum gleichen Zeitpunkt

– eine Anpassung entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs nach Ziffer 8.3 erfolgt und

– wenn die Veränderung mindestens 5 Prozent beträgt.

In diesem Falle sind wir bei einer Erhöhung berechtigt, bei einer Verminderung verpflichtet, den Beitrag entsprechend anzupassen.

10.3 Anpassung entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs

Wir sind berechtigt, den Beitrag für die Hilfs- und Pflegeleistungen neu festzusetzen,

– wenn sich gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und dem daraus errechneten Beitrag eine Veränderung des Bedarfs für die Erfüllbarkeit der Leistungen ergibt und

– diese Veränderung nicht vorhersehbar und als nicht vorübergehend anzusehen ist.

Die Neufestsetzung ist nur zulässig, wenn

– sie erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Leistungen zu gewährleisten und

– ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen und sonstigen Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und deren Angemessenheit bestätigt hat.

Die Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Bestellung eines Treuhänders gelten entsprechend. Der Beitrag wird dann entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen neu festgesetzt.

10.4 Eine Anpassung nehmen wir zu Beginn des auf die Feststellung folgenden Versicherungsjahres vor.

10.5 Bei Erhöhung des Beitrags für die Hilfs- und Pflegeleistungen können Sie innerhalb eines Monats nach Eingang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, die Versicherung der Hilfsleistungen in Textform kündigen. Der Versicherungsvertrag im Übrigen bleibt von dieser Kündigung unberührt.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen in der Unfallversicherung (Hilfs-Service)

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen AUB 2020 der Continentale erbringen wir Hilfsleistungen entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Was ist versichert?
2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfsleistungen?
3 Welche Leistungen sind versichert?
4 Dauer der Leistung
5 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?
6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
7 Wann sind die Hilfsleistungen fällig?
8 In welchen Fällen kann der Beitrag für die Hilfsleistungen neu festgesetzt werden?

1 Was ist versichert?

1.1 Führt ein Unfall der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir als Versicherer im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfangs Hilfsleistungen. Wir bedienen uns dazu von uns beauftragter qualifizierter Dienstleister.

1.2 Die Hilfsleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfsleistungen?

2.1 Voraussetzungen für die Leistungen

Die versicherte Person

– ist durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und

– benötigt deshalb Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe (Hilfsbedürftigkeit).

2.2 Bedarfsermittlung und Umfang der Leistungen

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Hilfsleistungen aus Art und Umfang der Hilfsbedürftigkeit. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 3 aufgeführten Leistungen.

2.3 Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis verursachten Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, so wird dies abweichend von Ziffer 4 der AUB 2020 der Continentale nicht berücksichtigt.

3 Welche Leistungen sind versichert?

3.1 Erstgespräch

Im Erstgespräch wird der jeweilige Bedarf der nach Ziffer 3.2 und 3.3 zu erbringenden Hilfsleistungen festgestellt sowie die versicherte Person über die Art und die Durchführung informiert.

3.2 Hilfsleistungen

Wir organisieren die folgenden Hilfsleistungen und übernehmen die Kosten.

3.2.1 Hausnotruf

Soweit die technischen Voraussetzungen vorhanden sind, wird in der Wohnung der versicherten Person eine Hausnotrufanlage inklusive Funkfinger installiert. Außerdem wird die 24-stündige Erreichbarkeit der Rufzentrale mit Gesprächskontakt gewährleistet.

3.2.2 Menüservice

Wir versorgen die versicherte Person über einen Menüservice mit einem Mittagsmenü (auch als Diät- oder Schonkost).

Wir erbringen diese Leistung auch für Personen, die als Ehe-, Lebenspartner oder Verwandte 1. Grades (Eltern/Kinder) in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person zusammenleben und bis zum Unfall von dieser versorgt wurden.

3.2.3 Besorgungen und Einkäufe

Besorgungen und Einkäufe werden bis zu 8 Stunden pro Woche durchgeführt.

Zu den Besorgungen und Einkäufen zählen:

– das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs,
– notwendige Besorgungen (z. B. Bank- und Behördengänge, Abholung von Rezepten, Bringen/Abholen von Wäsche bei einer Reinigung) und das Einkaufen (einschließlich Beschaffung von Medikamenten),
– die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel,
– die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln.

Die Kosten für die Lebensmittel, Gegenstände des täglichen Bedarfs, anfallende Gebühren sowie für die Reinigung werden nicht übernommen.

3.2.4 Fahrdienst mit Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Wir bringen und begleiten die versicherte Person zu notwendigen Ärzten, Fachärzten, Krankenhäuser, Krankengymnastik und Therapien oder Behördenterminen (Hin- und Rückfahrt). Wir übernehmen für die Fahrdienste die Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 2.500 EUR.

3.2.5 Reinigung der Wohnung

Wir reinigen den allgemein üblichen Lebensbereich (z. B. Wohn- und Schlafraum, Bad, Toilette, Küche) bis zu 8 Stunden pro Woche. Dies setzt voraus, dass die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war.

3.2.6 Wäscheservice

bis zu 8 Stunden pro Woche wird

– das Waschen, Trocknen,
– das Bügeln,
– das Sortieren, Einräumen der Wäsche und
– die Schuhpflege

übernommen.

3.2.7 Tag- und Nachtwache nach Krankenhausaufenthalt/ambulanter Operation

Wir sorgen nach einem Krankenhausaufenthalt/einer ambulanten Operation für die Beaufsichtigung der versicherten Person, längstens für 48 Stunden.

3.2.8 Medikamentenberatung

Wir beraten durch pharmazeutisch ausgebildetes Personal zu allen Fragen rund um Medikamente. Dazu gehören unter anderem Neben- und Wechselwirkungen, Einnahmevorschriften, enthaltene Wirkstoffe oder Alternativprodukte. Die Beratung kann auch zu Impfungen oder Homöopathie erfolgen. Als Beratungskanäle stehen alle modernen Kommunikationswege zur Verfügung: Telefon, Email oder Messaging-Dienste.

3.2.9 Betreuung der Familie

Wir betreuen die von der versicherten Person betreuten Personen (Ehe-/Lebenspartner, Kinder, Enkelkinder, Eltern und Schwiegereltern), soweit

– die versicherte Person wegen des Unfalls hierzu nicht mehr in der Lage oder
– die versicherte Person aufgrund des Unfalls verstorben ist und

– in dem Haushalt keine Person lebt, die die Betreuung übernehmen kann.

3.2.9.1 Aufrechterhaltung/Weiterführung des Haushalts

Wir sorgen für die Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts, in dem die betreute Person wohnt und erbringen für diese bei Bedarf einen Menüservice mit einem Mittagsmenü (auch als Diät- oder Schonkost).

Zur Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts zählen

– die Reinigung und Pflege der Wäsche und Kleidung (Waschen, Trocknen, Bügeln und Einsortieren),
– Schuhpflege,
– Besorgungen und Einkäufe und
– die Reinigung des allgemein üblichen Lebensbereichs (z. B. Wohn- und Schlafraum, Küche, Bad und Toilette).

3.2.9.2 Betreuung der Kinder/Enkelkinder

Die Betreuung der Familie umfasst die Betreuung minderjähriger Kinder einschließlich

– der Hausaufgabenbetreuung für Grundschüler,
– der Zubereitung von Mahlzeiten,
– der Hilfe bei der Nahrungsaufnahme,
– der Hilfe beim An- und Auskleiden sowie
– der Unterstützung bei der Körperpflege (nicht medizinischer Art).

Wir organisieren und begleiten folgende Fahrdienste (Hin- und Rückfahrt) für die Kinder:

– zum Kindergarten oder zur Kindertagesstätte und Schule,
– zu Vereinen, in denen das Kind Mitglied ist,
– zu entgeltlichen Kursen und Unterrichts-/Nachhilfestunden,
– zu Arztterminen, zu ärztlich verordneten Anwendungen.

Wir übernehmen für die Fahrdienste die Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 2.500 EUR.

3.2.10 Beratung bei Umbau von Wohnung/Kraftfahrzeug

Es wird einmalig eine Beratung bei Umbau der Wohnung/des Kraftfahrzeugs vermittelt. Die Kosten für den Umbau der Wohnung/des Kraftfahrzeugs werden nicht übernommen.

3.2.11 Tierbetreuung

Es wird einmalig eine Betreuung von gewöhnlichen Haustieren (Hunde, Katzen, Vögel etc.) der versicherten Person vermittelt.

3.2.12 Garten- und Grabpflege sowie Schneeräumdienst

Wir vermitteln einmalig die Pflege des Gartens sowie das Schneeräumen und Benennen einmalig Anbieter für die Pflege von Gräbern verstorbener Angehöriger. Angehörige sind der Ehe- oder Lebenspartner, Verwandte 1. Grades (Eltern/Kinder) oder die Schwiegereltern der versicherten Person.

3.2.13 Nagel-, Fußpflege und Friseur

Wir vermitteln einmal im Monat eine mobile Nagel-, Fußpflege und einen mobilen Friseur für die versicherte.

Für die Ziffern 3.3.3 bis 3.3.5 gilt:

Die Kosten im Rahmen der Tierbetreuung, Garten- und Grabpflege sowie Schneeräumdienst bzw. Nagel-, Fußpflege und Friseur werden bis zu einem Betrag von insgesamt 2.500 EUR übernommen.

3.2.14 Wohnraumberatung (Sicherheitscheck)

Wir organisieren eine Wohnraumüberprüfung im Hinblick auf barrierefreies Wohnen im Haushalt der versicherten Person und erstellen ein Protokoll mit Anregungen für die Umgestaltung des Wohnraumes (Beseitigung von Stolperfallen, etc.).

3.2.15 Grundpflege

Die versicherte Person erhält von uns bis zu zweimal täglich bis zu drei Stunden pro Tag eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören:

– Körperpflege,
– An- und Auskleiden,
– Lagern und Betten,
– die Hilfe bei der Nahrungszubereitung, -aufnahme und -ausscheidung und
– die Hilfe bei der Durchführung von Gymnastikübungen.

3.2.16 Pflegehilfsmittel

Wir übernehmen die Vermittlung von Pflegehilfsmitteln wie z. B. Krankenbett, Rollstuhl oder Gehhilfen.

3.2.17 Einsatz von Mediatoren (Pflegemediation)

Wir unterstützen die versicherte Person

– bei der Entscheidungsfindung, ob der Pflegende persönlich, fachlich oder wohnortbezogen in der Lage ist, den akuten familiären Pflegefall nicht nur temporär, sondern auf Dauer zu übernehmen

– bei familiären Konfliktsituationen.

Diese Leistungen werden jeweils einmalig erbracht und erfolgen telefonisch oder bei Bedarf auch persönlich vor Ort.

3.2.18 Kostenträger-Check

Wir beraten die versicherte Person, welche gesetzlichen Ansprüche sie gegenüber diversen Kostenträgern, z. B. in der sozialen Pflegeversicherung, hat.

3.2.19 MDK-Coaching

Wir bereiten Sie optimal auf die Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vor.

3.2.20 Krankenhaus-Assistance

Wir bieten mehr Service in den ersten 5 Tagen eines unfallbedingten stationären Krankenhausaufenthalts (z. B. die Besorgung von notwendigen Utensilien oder alternativer Mahlzeiten statt üblicher Krankenhauskost). Die Kosten für einen Einkauf werden nicht übernommen.

3.2.21 Gesundheitstelefon

Wir bieten eine Hotline zu Gesundheitsfragen, Medikamentenverträglichkeit,

reisemedizinischen Fragestellungen oder Strukturanfragen (Suche von Ärzten, Kliniken oder Apotheken) an. Eine ärztliche Behandlung beim (Haus-)Arzt kann hiermit nicht ersetzt werden.

4 Dauer der Leistung

Wir erbringen die Hilfsleistungen, solange die Voraussetzungen nach Ziffer 2 erfüllt sind, längstens für 9 Monaten ab dem Tag des Unfalls.

Die Betreuung übernehmen wir dabei bis zu 8 Stunden täglich, die Kinderbetreuung in Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag. Als Notfall gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach dem Unfall ohne anderweitige (z. B. familiäre) Möglichkeit einer Kinderbetreuung.

5 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

Für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten.

6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ergänzend zu Ziffer 7 der AUB 2020 der Continentale gilt folgende Obliegenheit:

6.1 Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitsstand der versicherten Person. Auch während der Leistungserbringung sind uns Veränderungen des Gesundheitszustandes mitzuteilen.

Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind.

6.2 Wird diese Obliegenheit verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 der AUB 2020 der Continentale gilt entsprechend.

7 Wann sind die Hilfsleistungen fällig?

Haben Sie uns schlüssig

– den Unfallhergang, die Unfallfolgen und

– die Hilfsbedürftigkeit durch den Unfall

dargelegt, wird der individuelle Bedarf an Hilfsleistungen nach Ziffer 3 unverzüglich festgestellt und erklärt, ob und welche Hilfsleistungen über einen von uns beauftragten qualifizierten Dienstleister erbracht werden. Die Feststellung und die Erklärung sind vorläufig. Ergibt sich nachträglich, dass die Voraussetzungen für die Leistungen dem Grund oder dem Umfang nach nicht bestehen, so enden die Leistungen bzw. werden dem individuellen Bedarf angepasst.

8 Wann endet die Versicherung des Hilfs-Service?

Die Versicherung des Hilfs-Service endet – ohne dass es einer Kündigung bedarf – zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet.

Den Hilfs-Service können Sie oder wir – unabhängig von anderen versicherten Leistungen – entsprechende den Bestimmungen der Ziffern 10.2 und 10.3 der AUB 2020 der Continentale in Schriftform kündigen.

9 In welchen Fällen kann der Beitrag für die Hilfsleistungen neu festgesetzt werden?

9.1 Den für die Hilfsleistungen vereinbarten Beitrag können wir entsprechend der Entwicklung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen und entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs anpassen.

9.2 Anpassung entsprechend der Veränderung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen

9.2.1 Als Maßstab dient die Veränderung des vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Verbraucherindex für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen (Nr. 124), ersatzweise des von Amts wegen an dessen Stelle tretenden Index.

9.2.2 Wir ermitteln zum Ende jeden Kalenderjahres die Veränderung des Index seit der letzten Beitragsfestsetzung. Eine sich bei diesem Vergleich ergebende Veränderung wird nur berücksichtigt, wenn nicht zum gleichen Zeitpunkt

– eine Anpassung entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs nach Ziffer 8.3 erfolgt und

– wenn die Veränderung mindestens 5 Prozent beträgt.

In diesem Falle sind wir bei einer Erhöhung berechtigt, bei einer Verminderung verpflichtet, den Beitrag entsprechend anzupassen.

9.3 Anpassung entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs

Wir sind berechtigt, den Beitrag für die Hilfsleistungen neu festzusetzen,

– wenn sich gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und dem daraus errechneten Beitrag eine Veränderung des Bedarfs für die Erfüllbarkeit der Leistungen ergibt und

– diese Veränderung nicht vorhersehbar und als nicht vorübergehend anzusehen ist.

Die Neufestsetzung ist nur zulässig, wenn

– sie erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Leistungen zu gewährleisten und

– ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen und sonstigen Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und deren Angemessenheit bestätigt hat.

Die Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Bestellung eines Treuhänders gelten entsprechend. Der Beitrag wird dann entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen neu festgesetzt.

9.4 Eine Anpassung nehmen wir zu Beginn des auf die Feststellung folgenden Versicherungsjahres vor.

9.5 Bei Erhöhung des Beitrags für die Hilfsleistungen können Sie innerhalb eines Monats nach Eingang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, die Versicherung der Hilfsleistungen in Textform kündigen. Der Versicherungsvertrag im Übrigen bleibt von dieser Kündigung unberührt.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung UnfallGiroVita mit Zuwachs von Leistung und Beitrag um mindestens 5 Prozent

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Versicherungssummen und Beitrag jährlich angepasst werden (Dynamik).

1 Leistungsarten

Die im Folgenden genannten Leistungsarten nehmen an der Dynamik teil:

– Invaliditätsleistung

– Unfallrente

– Unfallpflegerente

– Todesfall-Leistung

– Kosten für kosmetische Operationen

– Krankenhaustagegeld Plus

2 Anpassung der Versicherungssummen

Wir erhöhen die Versicherungssummen jährlich jeweils um den Prozentsatz, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird, mindestens aber um 5 Prozent.

Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres,

– das dem Stichtag der Anhebung des Höchstbeitrags folgt, oder

– mit ihm übereinstimmt.

3 Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt gerundet:

– für die Invaliditäts- und Todesfall-Leistung auf den nächsten durch volle Tausend EUR ohne Rest teilbaren Betrag,

– für die Kosten für kosmetische Operationen auf den nächsten durch volle Hundert EUR ohne Rest teilbaren Betrag,

– für die Unfallrente (Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent) und die Unfallpflegerente (Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfallpflegerente (Unfallpflegerente Plus)) auf den nächsten durch volle Fünf EUR ohne Rest teilbaren Betrag

und

– für das Krankenhaustagegeld Plus auf den nächsten durch volle EUR ohne Rest teilbaren Betrag.

4 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle Unfälle nach dem Erhöhungstermin.

5 Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

Erreicht die Versicherungssumme für die Invaliditätsleistung (Leistung bei Vollinvalidität) mehr als 600.000 EUR, gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für höhere Versicherungssummen. Der Tarif sieht einen Beitragszuschlag in Höhe von 35 Prozent für den die vorgenannten Versicherungssummen übersteigenden Teil vor.

Beispiel: Erreicht die Leistung bei Vollinvalidität eine Versicherungssumme von 601.000 EUR, so wird der Zuschlag von 35 % nur auf die 1.000 EUR, die die 600.000 EUR Versicherungssumme übersteigen, berechnet.

6 Vor der Erhöhung erhalten Sie von uns eine schriftliche Mitteilung.

Sie können der Erhöhung innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung in Textform widersprechen. Wir werden Sie auf die Frist hinweisen.

7 Sie und wir können die Vereinbarung über die jährliche Erhöhung von Versicherungssumme und Beitrag auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrags widerrufen. Der Widerruf muss, spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres, in Textform erfolgen.

Die Vereinbarung über die jährliche Erhöhung von Versicherungssumme und Beitrag beenden wir, wenn die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet hat oder die für die einzelne Leistungsart vereinbarte und im Versicherungsschein ausgewiesene Höchstsumme erreicht ist.

5 Information nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen

Informationen zum Versicherer (Nr. 1-3)

1. Identität des Versicherers

Continentale Sachversicherung AG
Continentale-Allee 1, 44269 Dortmund

Sitz der Gesellschaft: Dortmund
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2783

2. Ladungsfähige Anschrift

Continentale Sachversicherung AG
Continentale-Allee 1, 44269 Dortmund

Vorstand: Dr. Gerhard Schmitz (Vorsitzender),
Marcus Lauer, Dr. Thomas Niemöller,
Alf N. Schlegel, Jürgen Wörner
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Christoph Helmich

3. Hauptgeschäftstätigkeit und Aufsichtsbehörde

– Die Hauptgeschäftstätigkeit ist das Betreiben des Erstversicherungsgeschäfts in allen Sparten der Privatversicherung mit Ausnahme der Lebens-, Kranken- und Kreditversicherung.
– Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
  Bereich Versicherungen
  Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn
  Telefon: 0800 2 100 500
  E-Mail: poststelle@bafin.de
  Internet: https://www.bafin.de

Informationen zur angebotenen Leistung (Nr. 4-8)

4. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

a) Versicherungsbedingungen sowie anwendbares Recht

Es gelten die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale), die Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung UnfallGiroVita und – soweit ausdrücklich vereinbart – die weiteren Besonderen (bzw. Zusatz-) Bedingungen.

Auf die vorvertragliche Beziehung und den Vertrag findet ausschließlich deutsches Recht Anwendung.

b) Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung des Versicherers

Wir leisten im Versicherungsfall eine Geldleistung. Vereinbarte Hilfs- und Pflegeleistungen (Hilfs- und Pfege-Service) oder Hilfsleistungen (Hilfs-Service) erbringen wir über eine von uns beauftragte qualifizierte Hilfsdienstorganisation in ganz Deutschland (siehe im Einzelnen die Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Hilfs- und Pflegeleistungen in der Unfallversicherung (Hilfs- und Pflege-Service) bzw. die Besonderen Bedingungen von Hilfsleistungen in der Unfallversicherung (Hilfs-Service)).

Bei vereinbarten Reha-Leistungen (Reha-Service) kann die versicherte Person bei Vorliegen der Voraussetzungen die Reha-Leistungen unseres medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Reintegrationsdienstes in Anspruch nehmen (siehe im Einzelnen die Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Reha-Leistungen in der Unfallversicherung (Reha-Service)).

Der Umfang der Leistung ergibt sich aus den mit uns vereinbarten und in dem Versicherungsschein dokumentierten Leistungsarten bzw. Versicherungssummen. In dem Versicherungsschein sind die für die jeweilige Leistungsart geltenden Versicherungsbedingungen genannt.

Liegen uns die Unterlagen zum Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen vor, sind wir verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch, der Unfallrente und der Unfallpflegerente innerhalb von drei Monaten – zu erklären, ob wir einen Anspruch anerkennen. Erkennen wir den Anspruch an oder wird eine Einigung über Grund und Höhe der Leistung getroffen, müssen wir innerhalb von zwei Wochen leisten. Die Einzelheiten zur Fälligkeit der Leistungen sind in Ziffer 9 der AUB 2020 XL der Continentale geregelt.

Zur Fälligkeit einer vereinbarten Unfallpflegerente ist Ziffer 5 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung einer Unfallpflegerente (Unfallpflegerente Plus) zu beachten. Bei vereinbarten Hilfs- und Pflegeleistungen (Hilfs- und Pflege-Service) bzw. Hilfsleistungen (Hilfs-Service) haben Sie uns schlüssig den Unfallhergang, die Unfallfolgen und die Hilfsbedürftigkeit durch den Unfall darzulegen. Wir stellen dann unverzüglich den individuellen Bedarf an Hilfs- und Pflegeleistungen im Sinne der Bedingungen fest und erklären, ob und welche Hilfs- und Pflegeleistungen erbracht werden (siehe im Einzelnen Ziffer 9 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Hilfs- und Pflegeleistungen in der Unfallversicherung (Hilfs-und Pflege-Service) bzw. Ziffer 7 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen in der Unfallversicherung (Hilfs-Service)).

5. Gesamtpreis der Versicherung

Der Gesamtbeitrag in Euro gemäß Zahlungsperiode inkl. Nachlässe und Versicherungssteuer ist dem Antrag zu entnehmen.

6. Zusätzlich anfallende Kosten

Gebühren und Kosten für die Aufnahme des Antrags oder aus anderen Gründen werden nicht erhoben bzw. in Rechnung gestellt – außer Mahngebühren sowie den Kosten bei Nichteinlösung im Rahmen eines Lastschriftverfahrens.

7. Einzelheiten der Zahlung

Der erste oder einmalige Beitrag ist rechtzeitig, d.h. innerhalb von 14 Tagen nach der Aufforderung des Versicherers, zu zahlen, damit der Versicherungsschutz zu dem vereinbarten Zeitpunkt beginnt. Dies gilt unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufrechts.

Zahlen Sie nicht rechtzeitig nach dem in Absatz 1 bestimmten Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt zu dem die Zahlung veranlasst wurde.

Weicht der Versicherungsschein von dem von Ihnen gestellten Antrag oder getroffenen Vereinbarungen ab, ist der erste oder einmalige Beitrag frühestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

Die Beiträge sind monatlich zu zahlen. Bei anderen Zahlungsperioden wird ein Nachlass gewährt. Dieser beträgt bei vierteljährlicher Zahlungsperiode 3 Prozent, bei halbjährlicher Zahlungsperiode 5 Prozent und bei jährlicher Zahlungsperiode 10 Prozent.

Eine monatliche Zahlungsperiode ist nur im Rahmen eines Lastschriftverfahrens möglich.

8. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die Gültigkeitsdauer der Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen ist, vorbehaltlich zukünftiger Gesetzes- oder Tarifänderungen, nicht befristet.

Informationen zum Vertrag (Nr. 9-15)

9. Zustandekommen des Vertrags/Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn der Versicherungsschein übermittelt oder angeboten wird oder wir schriftlich die Annahme des Antrags erklären.

Zahlen Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig nach den in Nr. 7 Absatz 1 und 2 bestimmten Zeitpunkten, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

10. Widerrufsrecht

Die Regelungen zum Widerrufsrecht sind dem Beiblatt „Widerrufsbelehrung und Datenschutzhinweise“ (SHUR.6e.1578) oder dem Versicherungsschein zu entnehmen.

11. Laufzeit des Vertrags

Die Laufzeit des Vertrags (Versicherungsbeginn und -ablauf) ergibt sich aus dem Antrag.

Nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer verlängert sich der Vertrag jeweils um 1 Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der jeweiligen Versicherungsdauer eine Kündigung zugegangen ist.

Der Vertrag kann bei einer Vertragslaufzeit von mehr als drei Jahren zum Ablauf des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten von Ihnen gekündigt werden.

Die Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

12. Beendigung des Vertrags

Unter den nachfolgend genannten Ziffern der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale) finden Sie die wesentlichen Regelungen zur Beendigung/zu den Kündigungsmöglichkeiten des Vertrags:

Ziffer 10.2 – Dauer und Ende des Vertrags (Beendigung ohne Kündigung bei Vertragsdauer von weniger als einem Jahr/stillschweigende Verlängerung bzw. Kündigung bei längerer Vertragsdauer)

Ziffer 10.3 – Kündigung nach Versicherungsfall

Ziffer 11.2.3 – Rücktritt des Versicherers bei nicht rechtzeitiger Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrags

Ziffer 11.3.4 – Kündigung des Versicherers bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Folgebeitrags

Ziffer 13.2.1/
13.2.2/13.3 – Rücktritt/Kündigung des Versicherers bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Bei vereinbarten Hilfs- und Pflegeleistungen und/oder vereinbarter Unfallpflegerente endet nach Ziffer 6.2 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Hilfs- und Pflegeleistungen in der Unfallversicherung bzw. Ziffer 4.2 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung einer Unfallpflegerente (Unfallpflegerente Plus).

13. Anwendbares ausländisches Recht (EU-Mitgliedsstaaten) für vorvertragliche Beziehungen

entfällt

14. Besondere Vereinbarung zum anwendbaren Recht bzw. zum zuständigen Gericht

Es bleibt bei der Regelung nach Ziffer 18 der AUB 2020 XL der Continentale, wonach für den Vertrag ausschließlich deutsches Recht gilt.

Die Vereinbarungen zum Gerichtsstand finden Sie in Ziffer 16 der AUB 2020 XL der Continentale.

15. Sprache

Für den Vertrag einschließlich Vertragsinformation und für die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrags kommt die deutsche Sprache zur Anwendung.

Informationen zum Rechtsweg (Nr. 16-17)

16. Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Unser Versicherungsunternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. Wir haben uns verpflichtet, an diesem Schlichtungsverfahren teilzunehmen. Sie können deshalb das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen, sofern Sie einmal mit uns nicht zufrieden sein sollten.

Sie können sich mündlich oder in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) an den Versicherungsombudsmann e. V. wenden. Die Kontaktdaten lauten:

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

Tel.: 0800 3696000

Fax: 0800 3699000

http://www.versicherungsombudsmann.de

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Der Versicherungsombudsmann e. V. ist für folgende Beschwerden u. a. nicht zuständig:

– Der Beschwerdewert übersteigt 100.000 EUR.
– Es sind bereits Verfahren/Beschwerden vor einem Gericht, Schiedsgericht, dem Versicherungsombudsmann e. V. selbst oder anderen Streitschlichtungseinrichtungen oder der Versicherungsaufsichtsbehörde anhängig.

Bei einem Beschwerdewert bis zu 10.000 EUR ist eine Entscheidung des Ombudsmanns für uns als Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. bindend. Für den Beschwerdeführer ist die Entscheidung nicht bindend.

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten bleibt hiervon unberührt.

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter

http://www.versicherungsombudsmann.de

17. Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde

Sofern Sie Anlass zu einer Beschwerde haben, können Sie diese auch mündlich oder in Textform (z. B. E-Mail oder Brief) an die unter Nr. 3 genannte Aufsichtsbehörde richten.

UnfallGiroTeam XL – die Gruppen-Unfallversicherung der Continentale

		Seite
1	**Wichtige Hinweise und Verhaltensregeln im Schadenfall**	**88**
2	**Bedingungen**	**90**
3	**Weitere Besondere Bedingungen (diese haben nur Gültigkeit, wenn sie ausdrücklich vereinbart sind)**	**93**
	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 225 Prozent (BB Progression 225 %)	93
	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 350 Prozent (BB Progression 350 %)	93
	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 500 Prozent (BB Progression 500 %)	94
	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 1000 Prozent (BB Progression 1000 %)	95
	Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für bestimmte Berufsgruppen in der Unfallversicherung (Spezialgliedertaxe)	95
	Besondere Bedingungen für die Versicherung von Reha-Leistungen in der Unfallversicherung (Reha-Service)	96
	Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen in der Unfallversicherung (Hilfs-Service)	98
	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag um mindestens 5 Prozent	102
	Besondere Bedingungen für die Versicherung von Keyperson-Leistungen in der Gruppen-Unfallversicherung (Business-Service)	103
	Besondere Bedingungen für die Versicherung von Gold-Service in der Gruppen-Unfallversicherung	104
4	**Information nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen**	**107**

1 Wichtige Hinweise und Verhaltensregeln im Schadenfall

Wer kann UnfallGiroTeam versichern?

Gruppen-Unfallversicherungsverträge sind Verträge, in denen durch einen Versicherungsnehmer in einem Versicherungsschein eine Mehrheit von Personen – mindestens 3 – versichert wird (dies gilt jedoch nicht, wenn nur Angehörige von Familien versichert werden sollen).

Sie sind nur zulässig, wenn sie wie folgt abgeschlossen werden:

a) Mit dem Arbeitgeber zugunsten seiner Arbeitnehmer (betriebliche Unfallversicherung)
   - gegen Unfälle innerhalb und außerhalb des Berufes,
   - gegen Berufsunfälle mit Wegerisiko oder

b) Zur Deckung einer vorübergehenden Gefahr (Sportveranstaltung, Theateraufführung, Konzert oder dergleichen) mit dem einzelnen Verein zugunsten seiner Mitglieder (siehe Sondertarif) gegen
   - die aus der Vereinszugehörigkeit oder
   - aus einer Betätigung für den Verein erwachsenden Unfallgefahren.

c) für Personen, die einen festen Wohnsitz in Deutschland haben.

Für Vereine und Verbände gilt, dass die versicherte Personen einen direkten Anspruch auf die vereinbarten Versicherungsleistungen haben. Hierüber sind die versicherten Personen zu informieren.

Weitere Informationsverpflichtungen entnehmen Sie der Zusatzbedingung zur Gruppen-Unfallversicherung für Vereine und Verbände.

Welche Schutzbriefe sind in UnfallGiroTeam möglich?

Keyperson-Assist (feste Versicherungssumme = 50.000 EUR)

Dieser Schutzbrief enthält wichtige Leistungen für Schlüsselpersonen in Unternehmen, er umfasst im Einzelnen folgende Leistungen:

Business-Service

mit folgenden Unterleistungen:

– Erstattung Arbeitgeberanteil Sozialversicherungsbeiträge
– Gehaltszuschuss nach Ende der Lohnfortzahlung 5.000 EUR
– Vermittlung einer Ersatzarbeitskraft
– Kostenübernahme für Umbau Büro, Arbeitsplatz, Dienstfahrzeug bis zu 10.000 Euro

Reha-Service

Der Reha-Service unterstützt Sie bei vereinbarten Reha-Leistungen (Reha) nach schweren Unfällen über einen Zeitraum von drei Jahren und Ihre Kinder bis zu fünf Jahren.

Unter der Leitung eines Reha-Managers sorgt ein erfahrenes Team aus Ärzten, Psychologen und Berufsberatern für die:

– Gezielte Planung der Rehabilitation
– Optimierung des Heilungsverlaufs
– Organisation des sozialen Umfelds
– Berufliche oder schulische Reintegration

Hilfs-Service

Mit dem Hilfs-Service haben Sie sich für den Fall abgesichert, wenn Sie nach einem Unfall für eine Übergangszeit auf Hilfe angewiesen sind. Die gesetzlich vorgesehenen Leistungen greifen nicht immer und sofort. Deshalb unterstützen wir Sie schnell und unbürokratisch mit genau den Hilfsleistungen, die Sie in dem Moment benötigen. So können Sie sich nach einem Unfall die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit bewahren.

Gold-Service

u.a. folgende Unterleistungen:

– Pflegeberatung
– Pflegemediation
– Pflegeschulung für Angehörige
– Medikamentenberatung
– Kostenträger-Check

Unfall-Schutzbrief

Dieser Schutzbrief enthält wichtige Assistance-Leistungen für den Genesungsprozess der versicherten Person und umfasst folgende Leistungen:

Reha-Service

Der Reha-Service unterstützt Sie bei vereinbarten Reha-Leistungen (Reha-Service) nach schweren Unfällen über einen Zeitraum von drei Jahren und Ihre Kinder bis zu fünf Jahren.

Unter der Leitung eines Reha-Managers sorgt ein erfahrenes Team aus Ärzten, Psychologen und Berufsberatern für die:

– Gezielte Planung der Rehabilitation
– Optimierung des Heilungsverlaufs

– Organisation des sozialen Umfelds
– Berufliche oder schulische Reintegration

Hilfs-Service

Mit dem Hilfs-Service haben Sie sich für den Fall abgesichert, wenn Sie nach einem Unfall für eine Übergangszeit auf Hilfe angewiesen sind. Die gesetzlich vorgesehenen Leistungen greifen nicht immer und sofort. Deshalb unterstützen wir Sie schnell und unbürokratisch mit genau den Hilfsleistungen, die Sie in dem Moment benötigen. So können Sie sich nach einem Unfall die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit bewahren.

Kunden ab 65. Lebensjahr

Für Neukunden ab dem vollendeten
– 65. Lebensjahr ist ein Zuschlag von 30 % und
– 70. Lebensjahr ist ein Zuschlag von 100 %

auf den Tarifbeitrag zu erheben.

Änderung der Anzahl der Beschäftigten bzw. Mitglieder

Der Versicherungsschutz ergibt sich
– aus den im Versicherungsschein und seinen Nachträgen angegebenen Personen(-kreis) des Versicherungsnehmers,
– aus Erhöhungen oder Erweiterungen der im Versicherungsschein und seinen Nachträgen angegebenen Personen(-kreise).

Personen, die nach Abschluss des Versicherungsvertrags neu hinzukommen, sind im Rahmen des bestehenden Vertrags sofort versichert.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, nach Aufforderung des Versicherers jede neue Person innerhalb eines Monats anzuzeigen. Die Aufforderung erfolgt jährlich zum Ablauf des Versicherungsjahres.

Unterlässt der Versicherungsnehmer die rechtzeitige Anzeige, entfällt der Versicherungsschutz für die neue Person rückwirkend ab dessen Eintritt in das Unternehmen/den Verein.

Tritt der Versicherungsfall ein, bevor die neue Person angezeigt wurde, so hat der Versicherungsnehmer zu beweisen, dass die neue Person erst nach Abschluss der Versicherung und zu einem Zeitpunkt hinzugekommen ist, zu dem die Anzeigefrist noch nicht verstrichen war.

Der Versicherer ist berechtigt, für die neue Person einen angemessenen Beitrag zu verlangen. Kommt eine Einigung über die Höhe des Beitrags innerhalb einer Frist von einem Monat nach Eingang der Anzeige nicht zustande, entfällt der Versicherungsschutz für die neue Person rückwirkend ab dessen Eintritt in das Unternehmen/den Verein.

Welche Besonderheiten sind bei Vertragsamateuren bzw. bei Sport gegen Entgelt zu beachten?

Übt die versicherte Person eine Sportart aus, für die sie ein Einkommen (inklusive Prämien, Preisgelder und Aufwandsentschädigungen) erhält, handelt es sich hierbei um einen Vertragsamateur (im Fußball üblich) oder Sport gegen Entgelt.

Die versicherte Person kann dann unter folgenden Voraussetzungen versichert werden:

Das jährliche Gesamteinkommen wird durch 12 geteilt, um das durchschnittliche monatliche Entgelt zu erhalten, welches Grundlage für die folgende Abgrenzung ist.

Sportler mit monatlichem Entgelt bis zur gesetzlich geregelten Minijob-Grenze:

Eine Unfallversicherung kann ohne Einschränkungen abgeschlossen werden.

Sportler mit monatlichem Entgelt über die gesetzlich geregelte Minijob-Grenze:

Eine Unfallversicherung kann mit folgenden Einschränkungen abgeschlossen werden. Für die Leistungsarten Schmerzensgeld und Tagegeld besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle beim Sport, der gegen Entgelt betrieben wird.

Sportler, die mit dem Sport ihren überwiegenden Lebensunterhalt verdienen:

Verdient die versicherte Person mit dem ausgeübten Sport überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 %) ihren Lebensunterhalt (einschließlich Sportförderung und entsprechende Tätigkeit innerhalb von Polizei, Bundeswehr oder ähnlichem),
– besteht bei UnfallGiroTeam für alle Leistungsarten kein Versicherungsschutz für Unfälle beim Sport, der gegen Entgelt betrieben wird.

Was ist im Schadenfall zu beachten?

Ein Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführen wird, ist uns **unverzüglich unter Angabe der Versicherungsnummer anzuzeigen.**

Der einfachste Weg geht über das Telefon: Rufen Sie bei uns an.

Telefon-Nr.: +49 231 919-2313
Dieses Telefon ist 24 Stunden besetzt. Außerhalb unserer Geschäftszeiten steht Ihnen ein Anrufbeantworter zur Verfügung.

Selbstverständlich können Sie uns auch über Telefax erreichen.

Telefax-Nr.: +49 231 919-2522

Zudem ist unverzüglich nach dem Unfall ein Arzt aufzusuchen und die Behandlung bis zum Abschluss fortzusetzen.

Todesfälle sind uns binnen 7 Tagen anzuzeigen, auch wenn der Unfall selbst bereits gemeldet war.

Wie helfen wir Ihnen bei einem Unfall im Ausland?

Unsere Alarmzentrale ist rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr erreichbar.

Telefon-Nr.: +49 221 9822 9556

Telefax-Nr.: +49 40 6945 9761 339

Mail: ambulance@malteser.org

2 Bedingungen

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale)

siehe bei UnfallGiro, Seite 8 – 41

Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung (UnfallGiroTeam)

Die Gruppen-Unfallversicherung kann mit oder ohne Angabe der Namen der versicherten Personen abgeschlossen werden. Die vereinbarte Form ergibt sich aus dem Vertrag.

1 Versicherungen ohne Namensangabe

1.1 Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.

1.2 Die zu versichernden Personen sind von Ihnen so zu bezeichnen und zu erfassen, dass Zweifel über die Zugehörigkeit des Verletzten zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen können.

1.3 Sie sind verpflichtet, uns regelmäßig die Anzahl der versicherten Personen anzugeben. Dieser Mitteilungspflicht müssen Sie innerhalb eines Monats nach Ende des zurückliegenden Zeitabschnitts, für welchen der Jahresbeitrag anteilig entrichtet wird, nachkommen. Die Angabe muss nach Monaten und nach dem höchsten Stand jeden Monats erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig.

Sind mehrere Personengruppen versichert, benötigen wir die Angaben für jede Gruppe getrennt.

Kommen Sie der Mitteilungspflicht nicht nach und sind tatsächlich mehr als die zuletzt angegebenen Personen versichert, sind wir bei Eintritt eines Unfalls berechtigt, die Versicherungssummen im Verhältnis des erforderlichen Beitrags zum bisherigen Beitrag zu reduzieren.

1.4 Aufgrund Ihrer Angaben errechnen wir den zu zahlenden Beitrag für den zurückliegenden Zeitabschnitt, und Sie erhalten von uns eine Abrechnung.

1.5 Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem mit Ihnen bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

2 Versicherungen mit Namensangabe

2.1 Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.

2.2 Nicht versicherte Personen können Sie jederzeit zur Versicherung anmelden, wenn Beruf oder Beschäftigung und die Versicherungssummen die gleichen sind wie die der bereits Versicherten. Für die hinzukommenden Personen besteht Versicherungsschutz im vereinbarten Umfang ab Eingang Ihrer Anmeldung bei uns.

2.3 Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung oder mit höheren Versicherungssummen sind erst versichert, nachdem Sie sich mit uns über Versicherungssummen und Beitrag geeinigt haben.

2.4 Wir haben das Recht, die Versicherung des Einzelnen nach Risikoprüfung abzulehnen. Lehnen wir ab, erlischt der Versicherungsschutz einen Monat nach Abgabe unserer Erklärung.

2.5 Für versicherte Personen, die aus dem Vertrag ausscheiden, erlischt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, in dem uns Ihre Anzeige in Textform zugeht.

2.6 Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem mit Ihnen bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

3 Änderung der Anzahl der Beschäftigten bzw. Mitglieder

(Ergänzung zu Ziffer 6.2 der AUB 2020 XL der Continentale)

3.1 Der Versicherungsschutz ergibt sich

- aus den im Versicherungsschein und seinen Nachträgen angegebenen Personen(-kreis) des Versicherungsnehmers,
- aus Erhöhungen oder Erweiterungen der im Versicherungsschein und seinen Nachträgen angegebenen Personen (-kreise).

3.2 Personen, die nach Abschluss des Versicherungsvertrags neu hinzukommen, sind im Rahmen des bestehenden Vertrags sofort versichert.

3.2.1 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, nach Aufforderung des Versicherers jede neue Person innerhalb eines Monats mit seiner ausgeübten Tätigkeit anzuzeigen.

Die Aufforderung erfolgt jährlich zum Ablauf des Versicherungsjahres.

3.2.2 Unterlässt der Versicherungsnehmer die rechtzeitige Anzeige, entfällt der Versicherungsschutz für die neue Person rückwirkend ab dessen Eintritt in das Unternehmen/den Verein.

3.2.3 Tritt der Versicherungsfall ein, bevor die neue Person angezeigt wurde, so hat der Versicherungsnehmer zu beweisen, dass die neue Person erst nach Abschluss der Versicherung und zu einem Zeitpunkt hinzugekommen ist, zu dem die Anzeigefrist noch nicht verstrichen war.

3.3.4 Der Versicherer ist berechtigt, für die neue Person hinsichtlich der ausgeübten Tätigkeit einen angemessenen Beitrag zu verlangen. Kommt eine Einigung über die Höhe des Beitrags innerhalb einer Frist von einem Monat nach Eingang der Anzeige nicht zustande, entfällt der Versicherungsschutz für die neue Person rückwirkend ab dessen Eintritt in das Unternehmen/den Verein.

4 Beitragsanpassung nach Vollendung des 70. Lebensjahres

Abweichend von Ziffer 6.3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2020 XL der Continentale) gilt:

4.1 Beitragsanpassung ohne Versicherung von Unfallschutzbrief oder Keyperson-Assist

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Beiträgen.

Danach gilt der Tarif für Personen ab dem vollendeten 70. Lebensjahr.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

– Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen einen 100 % höheren Beitrag

oder

– Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssummen um die Hälfte.

4.2 Beitragsanpassung bei Versicherung von Unfallschutzbrief oder Keyperson-Assist

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Beiträgen.

Danach gilt der Tarif für Personen ab dem vollendeten 70. Lebensjahr.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:

– Sie behalten für die Geldleistungen die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen dafür einen 100 % höheren Beitrag. Der Beitrag für Unfallschutzbrief oder Keyperson-Assist verändert sich nicht und erhöht den Beitrag für die Geldleistungen.

oder

– Sie zahlen den bisherigen Beitrag der Geldleistungen und wir reduzieren deren Versicherungssummen (nicht Keyperson-Assist und nicht Unfallschutzbrief) um die Hälfte. Der Beitrag für Unfallschutzbrief oder Keyperson-Assist verändert sich nicht und erhöht den Beitrag für die Geldleistungen.

4.3 Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate vor Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führen wir die Unfallversicherung UnfallGiroTeam entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit der Ziffer 4.1 bzw. 4.2 fort.

5 Vertragsdauer

(Zusatz zu Ziffer 10 der AUB 2020 XL der Continentale)

5.1 Wir oder Sie können den Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person durch Mitteilung in Textform Ihnen gegenüber beenden, wenn wir nach einem Unfall eine Leistung für sie erbracht haben oder gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben worden ist. Die Mitteilung muss Ihnen spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils zugegangen sein. Der Versicherungsschutz erlischt einen Monat nach Zugang der Mitteilung.

5.2 Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst wird. Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebs.

5.3 Wir sind berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zu kündigen, wenn über Ihr Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung eines solchen Verfahrens mangels Masse abgewiesen wird.

Zusatzbedingung zur Gruppen-Unfallversicherung für Vereine und Verbände

Gem. Rundschreiben 03/2021 (VA) – Hinweise zu echten Gruppenversicherungsverträgen – der BaFin (Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht) gelten die nachfolgenden Regelungen, über welche Sie die versicherte Person entsprechend informieren müssen. Es ist als ausreichend anzusehen, wenn diese Regelungen für die versicherte Person an geeigneter Stelle abrufbar sind (z.B. auf Ihrer Internetseite) und die versicherte Person durch Sie entsprechend informiert wird.

1) Für den Fall, dass die BaFin Änderungen des Vertrages verlangt, erklären wir und Sie einvernehmlich an einer Änderung mitzuwirken. Kommt ein Einvernehmen zwischen uns nicht zustande, kann der Vertrag von einer der Vertragsparteien mit einer dreimonatigen Kündigungsfrist zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres gekündigt werden.

2) Besondere Vereinbarung für die Gruppen-Unfallversicherung mit Direktanspruch der versicherten Person

   Abweichend von Ziffer 12.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2020 XL bzw. XXL der Continentale) gilt:

   1. Die versicherten Personen können Ansprüche auf Leistungen aus der Unfallversicherung ohne Ihre Zustimmung direkt bei uns geltend machen. Wir leisten an die versicherte Person.
   2. Sie als unser Vertragspartner haben jede versicherte Person über den Versicherungsschutz und über den vereinbarten Direktanspruch zu informieren.

3) Eine Aufrechnung durch uns gegenüber einer versicherten Person gegen eine Forderung, die aus dem Versicherungsvertrag gegenüber Ihnen besteht, wird abweichend von § 35 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ausgeschlossen, wenn die versicherte Person nachweisen kann, ihrer Zahlungsverpflichtung – soweit eine solche besteht – nachgekommen zu sein.

   Sie müssen die versicherte Person hierüber informieren.

4) Sie müssen die versicherte Person darüber informieren, dass auch die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person berücksichtigt werden kann, sofern nach den Versicherungsbedingungen oder den gesetzlichen Vorschriften die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung ist.

   Wir weisen auf § 47 VVG (Kenntnis und Verhalten des Versicherten) hin:

   1. Soweit die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung sind, sind bei der Versicherung für fremde Rechnung auch die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten zu berücksichtigen.
   2. Die Kenntnis des Versicherten ist nicht zu berücksichtigen, wenn der Vertrag ohne sein Wissen geschlossen worden ist oder ihm eine rechtzeitige Benachrichtigung des Versicherungsnehmers nicht möglich oder nicht zumutbar war. Der Versicherer braucht den Einwand, dass der Vertrag ohne Wissen des Versicherten geschlossen worden ist, nicht gegen sich gelten zu lassen, wenn der Versicherungsnehmer den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten geschlossen und bei Vertragsschluss dem Versicherer nicht angezeigt hat, dass er den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten schließt.

5) Bei Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages durch uns oder Sie oder im Falle einer einvernehmlichen Aufhebung des Gruppenversicherungsvertrages sind die versicherten Personen durch Sie in Textform über die Kündigung bzw. Aufhebung zu informieren. Sie müssen die versicherte Person auch darüber informieren, dass diese sich mit einer Continentale Unfallversicherung als Einzelvertrag absichern kann.

6) Über den Wortlaut aller Werbeunterlagen, Informationsdruckstücke oder sonstiger Veröffentlichungen, die sich auf den Versicherungsschutz beziehen oder ihn erwähnen, ist vor ihrer Veröffentlichung Einvernehmen mit uns herzustellen.

3 Weitere Besondere Bedingungen (diese haben nur Gültigkeit, wenn sie ausdrücklich vereinbart sind)

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 225 Prozent (BB Progression 225 %)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 4 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2020 XL der Continentale) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 der AUB 2020 XL der Continentale gilt:

1 Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 1 Prozent aus der Versicherungssumme.

2 Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 1 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %
26	27	45	65	64	117	83	174
27	29	46	67	65	120	84	177
28	31	47	69	66	123	85	180
29	33	48	71	67	126	86	183
30	35	49	73	68	129	87	186
31	37	50	75	69	132	88	189
32	39	51	78	70	135	89	192
33	41	52	81	71	138	90	195
34	43	53	84	72	141	91	198
35	45	54	87	73	144	92	201
36	47	55	90	74	147	93	204
37	49	56	93	75	150	94	207
38	51	57	96	76	153	95	210
39	53	58	99	77	156	96	213
40	55	59	102	78	159	97	216
41	57	60	105	79	162	98	219
42	59	61	108	80	165	99	222
43	61	62	111	81	168	100	225
44	63	63	114	82	171		

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 350 Prozent (BB Progression 350 %)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 4 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2020 XL der Continentale) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 der AUB 2020 XL der Continentale gilt:

1 Für für jeden Prozentpunkt, des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

2 Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %
26	28	45	85	64	170	83	265
27	31	46	88	65	175	84	270
28	34	47	91	66	180	85	275
29	37	48	94	67	185	86	280
30	40	49	97	68	190	87	285
31	43	50	100	69	195	88	290
32	46	51	105	70	200	89	295
33	49	52	110	71	205	90	300
34	52	53	115	72	210	91	305
35	55	54	120	73	215	92	310
36	58	55	125	74	220	93	315
37	61	56	130	75	225	94	320
38	64	57	135	76	230	95	325
39	67	58	140	77	235	96	330
40	70	59	145	78	240	97	335
41	73	60	150	79	245	98	340
42	76	61	155	80	250	99	345
43	79	62	160	81	255	100	350
44	82	63	165	82	260		

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 500 Prozent (BB Progression 500 %)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 4 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2020 XL der Continentale) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 der AUB 2020 XL der Continentale gilt:

1 Für jeden Prozentpunkt, des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Versicherungssumme.

2 Für jeden Prozentpunkt, des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 3 Prozent aus der Versicherungssumme.

3 Für jeden Prozentpunkt, des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 75 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 4 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %
26	28	45	85	64	184	83	330
27	31	46	88	65	190	84	340
28	34	47	91	66	196	85	350
29	37	48	94	67	202	86	360
30	40	49	97	68	208	87	370
31	43	50	100	69	214	88	380
32	46	51	106	70	220	89	390
33	49	52	112	71	226	90	400
34	52	53	118	72	232	91	410
35	55	54	124	73	238	92	420
36	58	55	130	74	244	93	430
37	61	56	136	75	250	94	440
38	64	57	142	76	260	95	450
39	67	58	148	77	270	96	460
40	70	59	154	78	280	97	470
41	73	60	160	79	290	98	480
42	76	61	166	80	300	99	490
43	79	62	172	81	310	100	500
44	82	63	178	82	320		

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel – 1000 Prozent (BB Progression 1000 %)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 4 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2020 XL der Continentale) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 der AUB 2020 XL der Continentale gilt:

1 Für jeden Prozentpunkt, des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 4 Prozent aus der Versicherungssumme.

2 Für jeden Prozentpunkt, des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 12 Prozent aus der Versicherungssumme.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus der Vers.-Summe %
26	30	45	125	64	388	83	711
27	35	46	130	65	405	84	728
28	40	47	135	66	422	85	745
29	45	48	140	67	439	86	762
30	50	49	145	68	456	87	779
31	55	50	150	69	473	88	796
32	60	51	167	70	490	89	813
33	65	52	184	71	507	90	830
34	70	53	201	72	524	91	847
35	75	54	218	73	541	92	864
36	80	55	235	74	558	93	881
37	85	56	252	75	575	94	898
38	90	57	269	76	592	95	915
39	95	58	286	77	609	96	932
40	100	59	303	78	626	97	949
41	105	60	320	79	643	98	966
42	110	61	337	80	660	99	983
43	115	62	354	81	677	100	1000
44	120	63	371	82	694		

Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für bestimmte Berufsgruppen in der Unfallversicherung (Spezialgliedertaxe)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit nachfolgenden verbesserten Leistungen im Invaliditätsfall vereinbart.

1 Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2020 XL der Continentale) gelten bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm oder Hand	100 %
Daumen oder Zeigefinger	60 %
anderer Finger	20 %
Bein oder Fuß	70 %
große Zehe	8 %
andere Zehe	5 %
Auge	80 %
Gehör auf beiden Ohren	70 %

2 Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Reha-Leistungen in der Unfallversicherung (Reha-Service)

Ergänzend zu Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen AUB 2020 XL der Continentale erhalten Sie Reha-Leistungen über einen von uns beauftragten qualifizierten Dienstleister entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Voraussetzung für die Leistungen
2 Art, Umfang und Dauer der Leistungen
3 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
4 In welchen Fällen kann der Beitrag für die Reha-Leistungen neu festgesetzt werden?
5 Was müssen Sie bei Vollendung des 18. Lebensjahres beachten?

1 Voraussetzung für die Leistungen

1.1 Die versicherte Person hat unfallbedingt eine der folgenden schweren Verletzungen erlitten:

– Schädel-, Hirnverletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnquetschung (Contusion) oder Hirnblutung
– Fraktur des Beckens
– Oberarmkopffraktur
– Fraktur mit Beteiligung des Ellenbogens
– Oberschenkelhalsbruch
– Fraktur des Schienenbeinkopfs
– CRPS (Sudeck)

oder

1.2 die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalls in ununterbrochener medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung, deren Dauer ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen mindestens zehn Tage beträgt.

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2 Art, Umfang und Dauer der Leistungen

2.1 Die versicherte Person kann bei Vorliegen der Voraussetzung die Reha-Leistungen unseres medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Reintegrationsdienstes in Anspruch nehmen.

Der von uns ausgewählte Dienstleister

– wird auf der Grundlage der medizinischen Diagnosen und Unterlagen unter Berücksichtigung der individuellen Situation der versicherten Person die grundsätzliche Vorgehensweise empfehlen und
– bei Bedarf umfassende Empfehlungen zur medizinischen, schulischen, berufskundlichen und sozialen rehabilitativen Betreuung erarbeiten und kontinuierlich bis zur medizinischen, sozialen und schulischen/beruflichen Rehabilitation begleiten.

2.2 Art und Umfang der Leistungen sowie die Dauer der Leistungserbringung sind insbesondere abhängig von der Art der Verletzung, ihrem Verlauf und ihren Folgen.

Die Leistungen werden erbracht, bis nach Beurteilung des medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Reintegrationsdienstes Fortschritte hinsichtlich der medizinischen, sozialen, schulischen und beruflichen Rehabilitation nicht mehr zu erwarten sind.

Wir übernehmen bis zu einem Betrag von insgesamt 10.000 € je Versicherungsfall die Kosten

– für die Reha-Leistungen unseres medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Reintegrationsdienstes.
– einer notwendigen Heilbehandlung im stationären und ambulanten Bereich (u.a. Ergotherapie, Elektrotherapie, Manuelle Therapie, Massagen, Lymphdrainagen, Logopädie).
– für eine berufsbedingte Umschulungsmaßnahme.

Besteht unfallbedingt die Notwendigkeit einer prothetischen Versorgung oder der Versorgung mit anderen Hilfsmitteln, ersetzen wir die dadurch entstehenden Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 5.000 € je Versicherungsfall.

Als Voraussetzung für den Ersatz der Kosten gilt jeweils, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zur Leistung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

Die sonstigen Kosten, die aus der Durchführung der empfohlenen Maßnahmen selbst entstehen, werden nicht übernommen.

Die Reha-Leistungen enden spätestens vier Jahre nach dem Unfall der versicherten Person. Bei Personen, die bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, verlängert sich dieser Zeitraum von vier auf fünf Jahre nach dem Unfall.

2.3 Die Reha-Leistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland. Dies gilt nicht, wenn der Auslandsaufenthalt Teil des Rehabilitationsprozesses ist, der von uns oder vom eingeschalteten Beratungs- und Reintegrationsdienst vorgeschlagen wurde.

2.4 Mit der Erbringung der Reha-Leistungen ist eine Anerkennung unserer Leistungspflicht aus dem Vertrag nicht verbunden, da aus medizinischen/sozialen Gründen mit der Einschaltung des Beratungs- und Reintegrationsdienstes nicht immer bis zu unserer abschließenden Prüfung des Versicherungsschutzes abgewartet werden kann.

3 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ergänzend zu Ziffer 7 AUB 2020 XL der Continentale gilt folgende Obliegenheit:

Die Reha-Leistungen müssen Sie oder die versicherte Person spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage

– eines objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Berichts oder

– einer Bescheinigung über die ununterbrochene vollstationäre Heilbehandlung bei uns geltend machen.

Wird diese Obliegenheit verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 der AUB 2020 XL der Continentale gilt entsprechend.

4 In welchen Fällen kann der Beitrag für die Reha-Leistungen neu festgesetzt werden?

4.1 Den für die Reha-Leistungen vereinbarten Beitrag können wir entsprechend der Entwicklung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen und entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs anpassen.

4.2 Anpassung entsprechend der Veränderung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen

4.2.1 Als Maßstab dient die Veränderung des vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Verbraucherindex für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen (Nr. 124), ersatzweise des von Amts wegen an dessen Stelle tretenden Index.

4.2.2 Wir ermitteln zum Ende jeden Kalenderjahres die Veränderung des Index seit der letzten Beitragsfestsetzung. Eine sich bei diesem Vergleich ergebende Veränderung wird nur berücksichtigt, wenn nicht zum gleichen Zeitpunkt

– eine Anpassung entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs nach Ziffer 4.3 erfolgt und

– wenn die Veränderung mindestens 5 % beträgt.

In diesem Falle sind wir bei einer Erhöhung berechtigt, bei einer Verminderung verpflichtet, den Beitrag entsprechend anzupassen.

4.3 Anpassung entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs

Wir sind berechtigt, den Beitrag für die Reha-Leistungen neu festzusetzen,

– wenn sich gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und dem daraus errechneten Beitrag eine Veränderung des Bedarfs für die Erfüllbarkeit der Leistungen ergibt und

– diese Veränderung nicht vorhersehbar und als nicht vorübergehend anzusehen ist.

Die Neufestsetzung ist nur zulässig, wenn

– sie erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Leistungen zu gewährleisten und

– ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen und sonstigen Voraussetzungen für die Änderungen überprüft

und deren Angemessenheit bestätigt hat.

Die Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Bestellung eines Treuhänders gelten entsprechend.

Der Beitrag wird dann entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen neu festgesetzt.

4.4 Eine Anpassung nehmen wir zu Beginn des auf die Feststellung folgenden Versicherungsjahres vor.

4.5 Bei Erhöhung des Beitrags für die Reha-Leistungen können Sie innerhalb eines Monats nach Eingang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, die Versicherung der Reha-Leistungen in Textform kündigen. Der Versicherungsvertrag im Übrigen bleibt von dieser Kündigung unberührt.

5 Was müssen Sie bei Vollendung des 18. Lebensjahres beachten?

Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, erfolgt nach Ziffer 6.1 der AUB 2020 XL der Continentale die Umstellung in den Tarif für Erwachsene. Ergänzend zu Ziffer 6.1 der AUB 2020 XL der Continentale haben Sie jedoch folgendes Wahlrecht:

– Sie behalten für die Geldleistungen die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.

– Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssummen der Geldleistungen entsprechend um den Anteil, um den sich der Beitrag für die Reha-Leistungen sowie Geldleistungen erhöht. Die vereinbarten Reha- Leistungen bleiben unverändert.

Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate vor Beginn des neuen Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.5 der AUB 2020 XL der Continentale noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen in der Unfallversicherung (Hilfs-Service)

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen AUB 2020 der Continentale erbringen wir Hilfsleistungen entsprechend den nachfolgenden Bedingungen.

1 Was ist versichert?
2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfsleistungen?
3 Welche Leistungen sind versichert?
4 Dauer der Leistung
5 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?
6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
7 Wann sind die Hilfsleistungen fällig?
8 In welchen Fällen kann der Beitrag für die Hilfsleistungen neu festgesetzt werden?

1 Was ist versichert?

1.1 Führt ein Unfall der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir als Versicherer im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfangs Hilfsleistungen. Wir bedienen uns dazu von uns beauftragter qualifizierter Dienstleister.

1.2 Die Hilfsleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfsleistungen?

2.1 Voraussetzungen für die Leistungen

Die versicherte Person

– ist durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und
– benötigt deshalb Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe (Hilfsbedürftigkeit).

2.2 Bedarfsermittlung und Umfang der Leistungen

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Hilfsleistungen aus Art und Umfang der Hilfsbedürftigkeit. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 3 aufgeführten Leistungen.

2.3 Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis verursachten Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, so wird dies abweichend von Ziffer 4 der AUB 2020 der Continentale nicht berücksichtigt.

3 Welche Leistungen sind versichert?

3.1 Erstgespräch

Im Erstgespräch wird der jeweilige Bedarf der nach Ziffer 3.2 und 3.3 zu erbringenden Hilfsleistungen festgestellt sowie die versicherte Person über die Art und die Durchführung informiert.

3.2 Hilfsleistungen

Wir organisieren die folgenden Hilfsleistungen und übernehmen die Kosten.

3.2.1 Hausnotruf

Soweit die technischen Voraussetzungen vorhanden sind, wird in der Wohnung der versicherten Person eine Hausnotrufanlage inklusive Funkfinger installiert. Außerdem wird die 24-stündige Erreichbarkeit der Rufzentrale mit Gesprächskontakt gewährleistet.

3.2.2 Menüservice

Wir versorgen die versicherte Person über einen Menüservice mit einem Mittagsmenü (auch als Diät- oder Schonkost).

Wir erbringen diese Leistung auch für Personen, die als Ehe-, Lebenspartner oder Verwandte 1. Grades (Eltern/Kinder) in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person zusammenleben und bis zum Unfall von dieser versorgt wurden.

3.2.3 Besorgungen und Einkäufe

Besorgungen und Einkäufe werden bis zu 8 Stunden pro Woche durchgeführt.

Zu den Besorgungen und Einkäufen zählen:

– das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs,
– notwendige Besorgungen (z. B. Bank- und Behördengänge, Abholung von Rezepten, Bringen/Abholen von Wäsche bei einer Reinigung) und das Einkaufen (einschließlich Beschaffung von Medikamenten),
– die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel,
– die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln.

Die Kosten für die Lebensmittel, Gegenstände des täglichen Bedarfs, anfallende Gebühren sowie für die Reinigung werden nicht übernommen.

3.2.4 Fahrdienst mit Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Wir bringen und begleiten die versicherte Person zu notwendigen Ärzten, Fachärzten, Krankenhäuser, Krankengymnastik und Therapien oder Behördenterminen (Hin- und Rückfahrt). Wir übernehmen für die Fahrdienste die Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 2.500 EUR.

3.2.5 Reinigung der Wohnung

Wir reinigen den allgemein üblichen Lebensbereich (z. B. Wohn- und Schlafraum, Bad, Toilette, Küche) bis zu 8 Stunden pro Woche. Dies setzt voraus, dass die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war.

3.2.6 Wäscheservice

bis zu 8 Stunden pro Woche wird

– das Waschen, Trocknen,

– das Bügeln,

– das Sortieren, Einräumen der Wäsche und

– die Schuhpflege

übernommen.

3.2.7 Tag- und Nachtwache nach Krankenhausaufenthalt/ambulanter Operation

Wir sorgen nach einem Krankenhausaufenthalt/einer ambulanten Operation für die Beaufsichtigung der versicherten Person, längstens für 48 Stunden.

3.2.8 Medikamentenberatung

Wir beraten durch pharmazeutisch ausgebildetes Personal zu allen Fragen rund um Medikamente. Dazu gehören unter anderem Neben- und Wechselwirkungen, Einnahmevorschriften, enthaltene Wirkstoffe oder Alternativprodukte. Die Beratung kann auch zu Impfungen oder Homöopathie erfolgen. Als Beratungskanäle stehen alle modernen Kommunikationswege zur Verfügung: Telefon, Email oder Messaging-Dienste.

3.2.9 Betreuung der Familie

Wir betreuen die von der versicherten Person betreuten Personen (Ehe-/Lebenspartner, Kinder, Enkelkinder, Eltern und Schwiegereltern), soweit

– die versicherte Person wegen des Unfalls hierzu nicht mehr in der Lage oder

– die versicherte Person aufgrund des Unfalls verstorben ist und

– in dem Haushalt keine Person lebt, die die Betreuung übernehmen kann.

3.2.9.1 Aufrechterhaltung/Weiterführung des Haushalts

Wir sorgen für die Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts, in dem die betreute Person wohnt und erbringen für diese bei Bedarf einen Menüservice mit einem Mittagsmenü (auch als Diät- oder Schonkost).

Zur Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts zählen

– die Reinigung und Pflege der Wäsche und Kleidung (Waschen, Trocknen, Bügeln und Einsortieren),

– Schuhpflege,

– Besorgungen und Einkäufe und

– die Reinigung des allgemein üblichen Lebensbereichs (z. B. Wohn- und Schlafraum, Küche, Bad und Toilette).

3.2.9.2 Betreuung der Kinder/Enkelkinder

Die Betreuung der Familie umfasst die Betreuung minderjähriger Kinder einschließlich

– der Hausaufgabenbetreuung für Grundschüler,

– der Zubereitung von Mahlzeiten,

– der Hilfe bei der Nahrungsaufnahme,

– der Hilfe beim An- und Auskleiden sowie

– der Unterstützung bei der Körperpflege (nicht medizinischer Art).

Wir organisieren und begleiten folgende Fahrdienste (Hin- und Rückfahrt) für die Kinder:

– zum Kindergarten oder zur Kindertagesstätte und Schule,

– zu Vereinen, in denen das Kind Mitglied ist,

– zu entgeltlichen Kursen und Unterrichts-/Nachhilfestunden,

– zu Arztterminen, zu ärztlich verordneten Anwendungen.

Wir übernehmen für die Fahrdienste die Kosten bis zu einem Betrag von insgesamt 2.500 EUR.

3.2.10 Beratung bei Umbau von Wohnung/Kraftfahrzeug

Es wird einmalig eine Beratung bei Umbau der Wohnung/des Kraftfahrzeugs vermittelt. Die Kosten für den Umbau der Wohnung/des Kraftfahrzeugs werden nicht übernommen.

3.2.11 Tierbetreuung

Es wird einmalig eine Betreuung von gewöhnlichen Haustieren (Hunde, Katzen, Vögel etc.) der versicherten Person vermittelt.

3.2.12 Garten- und Grabpflege sowie Schneeräumdienst

Wir vermitteln einmalig die Pflege des Gartens sowie das Schneeräumen und Benennen einmalig Anbieter für die Pflege von Gräbern verstorbener Angehöriger. Angehörige sind der Ehe- oder Lebenspartner, Verwandte 1. Grades (Eltern/ Kinder) oder die Schwiegereltern der versicherten Person.

3.2.13 Nagel-, Fußpflege und Friseur

Wir vermitteln einmal im Monat eine mobile Nagel-, Fußpflege und einen mobilen Friseur für die versicherte.

Für die Ziffern 3.3.3 bis 3.3.5 gilt:

Die Kosten im Rahmen der Tierbetreuung, Garten- und Grabpflege sowie Schneeräumdienst bzw. Nagel-, Fußpflege und Friseur werden bis zu einem Betrag von insgesamt 2.500 EUR übernommen.

3.2.14 Wohnraumberatung (Sicherheitscheck)

Wir organisieren eine Wohnraumüberprüfung im Hinblick auf barrierefreies Wohnen im Haushalt der versicherten Person und erstellen ein Protokoll mit Anregungen für die Umgestaltung des Wohnraumes (Beseitigung von Stolperfallen, etc.).

3.2.15 Grundpflege

Die versicherte Person erhält von uns bis zu zweimal täglich bis zu drei Stunden pro Tag eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören:

– Körperpflege,

– An- und Auskleiden,

– Lagern und Betten,

– die Hilfe bei der Nahrungszubereitung, -aufnahme und -ausscheidung und

– die Hilfe bei der Durchführung von Gymnastikübungen.

3.2.16 Pflegehilfsmittel

Wir übernehmen die Vermittlung von Pflegehilfsmitteln wie z. B. Krankenbett, Rollstuhl oder Gehhilfen.

3.2.17 Einsatz von Mediatoren (Pflegemediation)

Wir unterstützen die versicherte Person

– bei der Entscheidungsfindung, ob der Pflegende persönlich, fachlich oder wohnortbezogen in der Lage ist, den akuten familiären Pflegefall nicht nur temporär, sondern auf Dauer zu übernehmen

– bei familiären Konfliktsituationen.

Diese Leistungen werden jeweils einmalig erbracht und erfolgen telefonisch oder bei Bedarf auch persönlich vor Ort.

3.2.18 Kostenträger-Check

Wir beraten die versicherte Person, welche gesetzlichen Ansprüche sie gegenüber diversen Kostenträgern, z. B. in der sozialen Pflegeversicherung, hat.

3.2.19 MDK-Coaching

Wir bereiten Sie optimal auf die Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vor.

3.2.20 Krankenhaus-Assistance

Wir bieten mehr Service in den ersten 5 Tagen eines unfallbedingten stationären Krankenhausaufenthalts (z. B. die Besorgung von notwendigen Utensilien oder alternativer Mahlzeiten statt üblicher Krankenhauskost). Die Kosten für einen Einkauf werden nicht übernommen.

3.2.21 Gesundheitstelefon

Wir bieten eine Hotline zu Gesundheitsfragen, Medikamentenverträglichkeit,

reisemedizinischen Fragestellungen oder Strukturanfragen (Suche von Ärzten, Kliniken oder Apotheken) an. Eine ärztliche Behandlung beim (Haus-)Arzt kann hiermit nicht ersetzt werden.

4 Dauer der Leistung

Wir erbringen die Hilfsleistungen, solange die Voraussetzungen nach Ziffer 2 erfüllt sind, längstens für 9 Monaten ab dem Tag des Unfalls.

Die Betreuung übernehmen wir dabei bis zu 8 Stunden täglich, die Kinderbetreuung in Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag. Als Notfall gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach dem Unfall ohne anderweitige (z. B. familiäre) Möglichkeit einer Kinderbetreuung.

5 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

Für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten.

6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ergänzend zu Ziffer 7 der AUB 2020 der Continentale gilt folgende Obliegenheit:

6.1 Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitsstand der versicherten Person. Auch während der Leistungserbringung sind uns Veränderungen des Gesundheitszustandes mitzuteilen.

Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind.

6.2 Wird diese Obliegenheit verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 der AUB 2020 der Continentale gilt entsprechend.

7 Wann sind die Hilfsleistungen fällig?

Haben Sie uns schlüssig

– den Unfallhergang, die Unfallfolgen und

– die Hilfsbedürftigkeit durch den Unfall

dargelegt, wird der individuelle Bedarf an Hilfsleistungen nach Ziffer 3 unverzüglich festgestellt und erklärt, ob und welche Hilfsleistungen über einen von uns beauftragten qualifizierten Dienstleister erbracht werden. Die Feststellung und die Erklärung sind vorläufig. Ergibt sich nachträglich, dass die Voraussetzungen für die Leistungen dem Grund oder dem Umfang nach nicht bestehen, so enden die Leistungen bzw. werden dem individuellen Bedarf angepasst.

8 Wann endet die Versicherung des Hilfs-Service?

Die Versicherung des Hilfs-Service endet – ohne dass es einer Kündigung bedarf – zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet.

Den Hilfs-Service können Sie oder wir – unabhängig von anderen versicherten Leistungen – entsprechende den Bestimmungen der Ziffern 10.2 und 10.3 der AUB 2020 der Continentale in Schriftform kündigen.

9 In welchen Fällen kann der Beitrag für die Hilfsleistungen neu festgesetzt werden?

9.1 Den für die Hilfsleistungen vereinbarten Beitrag können wir entsprechend der Entwicklung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen und entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs anpassen.

9.2 Anpassung entsprechend der Veränderung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen

9.2.1 Als Maßstab dient die Veränderung des vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Verbraucherindex für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen (Nr. 124), ersatzweise des von Amts wegen an dessen Stelle tretenden Index.

9.2.2 Wir ermitteln zum Ende jeden Kalenderjahres die Veränderung des Index seit der letzten Beitragsfestsetzung. Eine sich bei diesem Vergleich ergebende Veränderung wird nur berücksichtigt, wenn nicht zum gleichen Zeitpunkt

– eine Anpassung entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs nach Ziffer 8.3 erfolgt und

– wenn die Veränderung mindestens 5 Prozent beträgt.

In diesem Falle sind wir bei einer Erhöhung berechtigt, bei einer Verminderung verpflichtet, den Beitrag entsprechend anzupassen.

9.3 Anpassung entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs

Wir sind berechtigt, den Beitrag für die Hilfsleistungen neu festzusetzen,

– wenn sich gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und dem daraus errechneten Beitrag eine Veränderung des Bedarfs für die Erfüllbarkeit der Leistungen ergibt und

– diese Veränderung nicht vorhersehbar und als nicht vorübergehend anzusehen ist.

Die Neufestsetzung ist nur zulässig, wenn

– sie erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Leistungen zu gewährleisten und

– ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen und sonstigen Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und deren Angemessenheit bestätigt hat.

Die Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Bestellung eines Treuhänders gelten entsprechend. Der Beitrag wird dann entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen neu festgesetzt.

9.4 Eine Anpassung nehmen wir zu Beginn des auf die Feststellung folgenden Versicherungsjahres vor.

9.5 Bei Erhöhung des Beitrags für die Hilfsleistungen können Sie innerhalb eines Monats nach Eingang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, die Versicherung der Hilfsleistungen in Textform kündigen. Der Versicherungsvertrag im Übrigen bleibt von dieser Kündigung unberührt.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag um mindestens 5 Prozent

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Versicherungssummen und Beitrag jährlich angepasst werden (Dynamik).

1 Leistungsarten

Die folgenden Leistungsarten nehmen an der Dynamik teil:

- Invaliditätsleistung
- Unfallrente
- Todesfall-Leistung
- Kosten für kosmetische Operationen
- Tagegeld
- Krankenhaustagegeld Plus
- Sofortleistung Plus
- Schmerzensgeld
- Schulausfallgeld

2 Anpassung der Versicherungssummen

2.1 Wir erhöhen die Versicherungssummen jährlich jeweils um den Prozentsatz, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird, mindestens aber um 5 Prozent.

Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres,

- das dem Stichtag der Anhebung des Höchstbeitrags folgt oder
- dessen Beginn mit dem Stichtag der Anhebung übereinstimmt.

2.2 Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt gerundet:

- für die Invaliditäts- und Todesfall-Leistung auf den nächsten durch volle Tausend EUR ohne Rest teilbaren Betrag,
- für die Sofortleistung Plus und das Schmerzensgeld sowie für die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen auf den nächsten durch volle Hundert EUR ohne Rest teilbaren Betrag,
- für die Unfallrente Forte/Forte Pro2, für die Unfallrente Aktiv/Aktiv Pro2, für die Unfallrente Aktiv Plus/Aktiv Plus Pro2, für die Unfallrente Komfort/Komfort Pro2 auf den nächsten durch volle Fünf EUR ohne Rest teilbaren Betrag

  und
- für Tagegeld, Krankenhaustagegeld Plus und Schulausfallgeld auf den nächsten durch volle EUR ohne Rest teilbaren Betrag.

2.3 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle Unfälle nach dem Erhöhungstermin.

3 Anpassung des Beitrags

Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

Erreicht die Versicherungssumme

- für die Unfallrente Forte/Forte Pro2, für die Unfallrente Aktiv/Aktiv Pro2 bzw. die Unfallrente Aktiv Plus/Aktiv Plus Pro2, für die Unfallrente Komfort/Komfort Pro2 mehr als 2.000 EUR

und/oder

- für die Invaliditätsleistung (Leistung bei Vollinvalidität) mehr als 600.000 EUR

gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für höhere Versicherungssummen. Der Tarif sieht einen Beitragszuschlag in Höhe von 35 Prozent für den die vorgenannten Versicherungssummen übersteigenden Teil vor.

Beispiel: Erreicht die Unfallrente eine Versicherungssumme von 2.100 EUR, so wird der Zuschlag von 35 % nur auf die 100 EUR, die die 2.000 EUR Versicherungssumme übersteigen, berechnet.

4 Verfahren

4.1 Vor der jährlichen Erhöhung erhalten Sie von uns eine schriftliche Mitteilung.

Sie können der Erhöhung innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung in Textform widersprechen. Wir werden Sie auf die Frist hinweisen.

4.2 Sie und wir können die Vereinbarung über die jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrags widerrufen. Der Widerruf muss spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres in Textform erfolgen.

4.3 Die Vereinbarung über die jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag beenden wir, wenn die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet hat oder die für die einzelne Leistungsart vereinbarte und im Versicherungsschein ausgewiesene Höchstsumme erreicht ist.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Keyperson-Leistungen in der Gruppen-Unfallversicherung (Business-Service)

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2020 XL der Continentale) erbringen wir für die versicherte Person Keyperson-Leistungen entsprechend der nachfolgenden Bedingungen.

Eine Keyperson ist eine Schlüsselperson in leitender Funktion, eine vergleichbare Führungskraft oder ein Mitarbeiter, der besonderes Fachwissen, besondere Fertigkeiten oder Erfahrungen besitzt und für das Unternehmen von großer Wichtigkeit ist.

1 Was ist versichert?

1.1 Führt ein Unfall der versicherten Keyperson zu einem längerfristigen Ausfall, erbringen wir als Versicherer im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfangs Keyperson-Leistungen. Wir bedienen uns dazu von uns beauftragter qualifizierter Dienstleister.

1.2 Die Keyperson-Leistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

2 Wann, in welchem Umfang und in welcher Höhe erhalten Sie Keyperson-Leistungen?

2.1 Voraussetzung für die Leistungen

Die Keyperson ist durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt.

Enthalten die unter Ziffer 3 aufgeführten Leistungen weitere Voraussetzungen, so gelten diese zusätzlich zu der vorgenannten Voraussetzung.

2.2 Höhe der Leistungen

Wir übernehmen die nachgewiesenen Kosten für die Leistungen bis insgesamt zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme je Versicherungsfall. Sofern zu den Leistungen gemäß Ziffer 3 Versicherungssummen geregelt werden, gelten diese abweichend von der Versicherungssumme für die Keyperson.

2.3 Ausschluss der Dynamik

Die im Versicherungsschein festgelegte Versicherungssumme für den Kostenersatz nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung bzw. einem Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.4 Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis verursachten Arbeitsunfähigkeit mitgewirkt, so wird dies abweichend von Ziffer 4 der AUB 2020 XL der Continentale nicht berücksichtigt.

3 Welche Keyperson-Leistungen sind versichert?

3.1 Erstattung des Arbeitgeberanteils an Sozialversicherungsbeiträgen

3.1.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Keyperson ist unfallbedingt mindestens 2 Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig. Den Anspruch auf Erstattung müssen Sie innerhalb eines Jahres nach Zahlung der Sozialversicherungsbeiträge an den Träger bei uns geltend machen. Eine entsprechende Bestätigung des Sozialversicherungsträgers ist uns einzureichen.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

3.1.2 Art, Umfang und Dauer der Leistung

Wir erstatten dem Arbeitgeber bis maximal 6 Wochen ab Unfalltag die Sozialversicherungsbeiträge, die der Arbeitgeber für die Keyperson an den jeweiligen Träger abführen muss.

3.2 Gehaltszuschuss

3.2.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Keyperson ist mindestens 6 Wochen unfallbedingt ununterbrochen arbeitsunfähig.

Die Arbeitsunfähigkeit ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

3.2.2 Art und Umfang der Leistung

Wir zahlen Ihnen 10 % der vereinbarten Versicherungssumme.

3.3 Kosten für Umbau von Büro, Arbeitsplatz und Dienstfahrzeug

3.3.1 Voraussetzung für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 bis 2.1.1.3 der AUB 2020 XL der Continentale gegeben.

Der Unfall führt nach ärztlicher Einschätzung voraussichtlich zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 4 der AUB 2020 XL der Continentale ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent.

Die unfallbedingte Notwendigkeit eines behindertengerechten Umbaus wird durch ein ärztliches Attest bescheinigt.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

3.3.2 Art und Umfang der Leistung

Wir erstatten für die Keyperson einmalig Kosten bis zu 10.000 EUR für den behindertengerechten Umbau

– der Büroräume
– des Arbeitsplatzes
– sofern der Umbau des Arbeitsplatzes nicht notwendig ist, ersetzen wir die Kosten für einen behindertengerechten Heimarbeitsplatz.
– des Dienstfahrzeuges

3.4 Ersatzkraft für die Keyperson

3.4.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Keyperson ist unfallbedingt

– aus medizinischen Gründen nicht in der Lage, ihre Tätigkeit als Keyperson zu erfüllen,

und

– in ärztlicher Behandlung.

dann

erstellen wir eine Prognose, wie lange die Arbeitsunfähigkeit andauern wird. Dazu bedienen wir uns spezialisierten Ärzten, die per Telefon die Keyperson und die diese behandelnden Ärzte kontaktieren. Die Dauer der Prognose der Arbeitsunfähigkeit beträgt mindestens 4 Wochen.

3.4.2 Art und Umfang der Leistung

Wir fertigen ein Anforderungsprofil der Stelle der Keyperson an. Wir vermitteln auf dieser Basis einen sogenannten Interimsmanager. Hierzu stimmen wir uns mit Ihnen ab. Wir stellen bis zu drei Interimskandidaten anonymisiert oder auf Ihren Wunsch hin persönlich vor. Die von Ihnen ausgesuchte Interimsperson wird danach zur Verfügung gestellt.

Wir erstatten Ihnen nach Vorlage der Rechnung, die Sie für die Zeit der Tätigkeit des Interimsmanagers an die Vermittlungsfirma zahlen müssen, den Rechnungsbetrag bis maximal zur Höhe der Gesamtversicherungssumme abzüglich ggf. bereits erbrachter Leistungen aus den Ziffern 3.1 bis 3.3

Können wir keinen passenden Interimskandidaten für die Stelle vermitteln, erhalten Sie eine Ersatzleistung von 5.000 EUR.

4. Ausschluss der Dynamik

Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für die Leistungen gemäß Ziffer 3 nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung bzw. einem Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Gold-Service in der Gruppen-Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2020 XL der Continentale) erbringen wir Gold-Service-Leistungen entsprechend der nachfolgenden Bedingungen.

1. Was ist versichert?

1.1. Führt ein Unfall der versicherten Person oder eine der folgenden Personen

– Eltern,
– Schwiegereltern,
– Ehepartner,
– Kinder,

nachfolgend „versicherte Person“ genannt, zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir als Versicherer im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfangs Pflegeleistungen.

Wir bedienen uns dazu von uns beauftragter qualifizierter Dienstleister.

1.2. Die Leistungen des Gold-Service erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

2. Wann und in welchem Umfang erhalten Sie die Leistungen des Gold-Service?

2.1. Voraussetzungen für die Leistungen

Die versicherte Person

– ist durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und

– benötigt deshalb Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen

im Ablauf des täglichen Lebens (Hilfsbedürftigkeit).

2.2. Bedarfsermittlung und Umfang der Leistungen

Wir ermitteln den durch Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Pflegeleistungen aus Art und Umfang der Hilfsbedürftigkeit. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 3 aufgeführten Leistungen.

2.3. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis verursachten Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, so wird dies abweichend von Ziffer 4 der AUB 2020 XL der Continentale nicht berücksichtigt.

3. Welche Leistungen sind versichert

3.1 Einsatz von Mediatoren

Wir unterstützen die versicherte Person

– bei der Entscheidungsfindung, ob der Pflegende persönlich, fachlich oder wohnortbezogen in der Lage ist, den akuten familiären Pflegefall nicht nur temporär, sondern auf Dauer zu übernehmen

– bei familiären Konfliktsituationen

Diese Leistungen werden jeweils einmalig erbracht und erfolgen telefonisch oder bei Bedarf auch persönlich vor Ort.

3.2 Pflegeberatung

Vor Aufnahme der Grundpflege beraten wir einmalig zur Pflege im Rahmen eines persönlichen Gespräches. In diesem Gespräch wollen wir:

– die Pflegeprobleme feststellen und

– die Ressourcen des Pflegebedürftigen ermitteln,

– künftige Einsätze planen und

– erforderliche Pflegehilfsmittel prüfen.

Zudem informieren und beraten wir zu möglichen Ansprüchen aus der gesetzlichen/privaten Pflegepflichtversicherung.

3.3 Pflegeschulung für Angehörige

Erfolgt die Pflege durch die versicherte Person oder einen pflegenden Angehörigen, wird die erforderliche Schulung für die täglichen Pflegetätigkeiten durchgeführt. Es handelt sich bei dieser Leistung um eine einmalige Schulungsmaßnahme.

3.4 Kostenträger-Check

Wir beraten die versicherte Person, welche gesetzlichen Ansprüche sie gegenüber diversen Kostenträgern, z. B. in der sozialen Pflegeversicherung, hat.

3.5 Pflegeplatzgarantie

Wir garantieren in Notfällen einen Pflegeplatz für die versicherte Person in einer qualitätsgeprüften Pflegeeinrichtung, sofern die versicherte Person nicht suizidgefährdet ist. Es wird ein möglichst ortsnaher Pflegeplatz vermittelt, ein Anspruch auf einen ortsnahen Pflegeplatz besteht jedoch nicht. Die Kosten für Unterbringung und Transport übernehmen wir nicht.

3.6 Vermittlung Grundpflege/ambulante Pflege

Wir vermitteln für die versicherte Person Grundpflege bzw. ambulante Pflege. Diese umfasst: Körperpflege inkl. Teil- oder Ganzwaschungen, An- und Auskleiden, Hilfe beim Verrichten der Notdurft, Lagerung im Bett, Zubereitung und Hilfe bei den Mahlzeiten. Die Kosten dafür übernehmen wir im Rahmen des Hilfs-Service (Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen in der Unfallversicherung) für die im Unfallvertrag namentlich genannte Person, nicht jedoch für Eltern, Schwiegereltern, Ehepartner und Kinder.

3.7 MDK-Coaching

Wir bereiten Sie optimal auf die Begutachtung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vor.

3.8 Medikamentenberatung

Wir beraten durch pharmazeutisch ausgebildetes Personal zu allen Fragen rund um Medikamente. Dazu gehören unter anderem Neben- und Wechselwirkungen, Einnahmevorschriften, enthaltene Wirkstoffe oder Alternativprodukte. Die Beratung kann auch zu Impfungen oder Homöopathie erfolgen. Als Beratungskanäle stehen alle modernen Kommunikationswege zur Verfügung: Telefon, Email, Skype oder WhatsApp.

3.9 Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

Wir stellen Formulare zur Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht zur Verfügung und erbringen eine wertneutrale praxisorientierte Beratung. Die Beratung umfasst nicht eine medizinische Beratung, die durch den Hausarzt erfolgen muss. Auch eine ggf. erforderliche juristische Beratung durch einen Rechtsanwalt übernehmen wir nicht.

4. In welchen Fällen kann der Beitrag für die Gold-Service-Leistungen neu festgesetzt werden?

4.1 Den für die Gold-Service-Leistungen vereinbarten Beitrag können wir entsprechend der Entwicklung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen und entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs anpassen.

4.2 Anpassung entsprechend der Veränderung der Preise für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen

4.2.1 Als Maßstab dient die Veränderung des vom Statistischen Bundesamt veröffentlichten Verbraucherindex für Dienstleistungen sozialer Einrichtungen (Nr. 124), ersatzweise des von Amts wegen an dessen Stelle tretenden Index.

4.2.2 Wir ermitteln zum Ende jeden Kalenderjahres die Veränderung des Index seit der letzten Beitragsfestsetzung. Eine sich bei diesem Vergleich ergebende Veränderung wird nur berücksichtigt, wenn nicht zum gleichen Zeitpunkt

– eine Anpassung entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs nach Ziffer 4.3 erfolgt und

– wenn die Veränderung mindestens 5 Prozent beträgt.

In diesem Falle sind wir bei einer Erhöhung berechtigt, bei einer Verminderung verpflichtet, den Beitrag entsprechend anzupassen.

4.3 Anpassung entsprechend der Veränderung des Schadenbedarfs

Wir sind berechtigt, den Beitrag für die Gold-Service-Leistungen neu festzusetzen,

– wenn sich gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und dem daraus errechneten Beitrag eine Veränderung des Bedarfs für die Erfüllbarkeit der Leistungen ergibt

und

– diese Veränderung nicht vorhersehbar und als nicht vorübergehend anzusehen ist. Die Neufestsetzung ist nur zulässig, wenn

– sie erforderlich erscheint, um die dauernde Erfüllbarkeit der Leistungen zu gewährleisten und

– ein unabhängiger Treuhänder die Berechnungsgrundlagen und sonstigen Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und deren Angemessenheit bestätigt hat.

Die Bestimmungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes für die Bestellung eines Treuhänders gelten entsprechend. Der Beitrag wird dann entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen neu festgesetzt.

4.4 Eine Anpassung nehmen wir zu Beginn des auf die Feststellung folgenden Versicherungsjahres vor.

4.5 Bei Erhöhung des Beitrags für die Gold-Service-Leistungen können Sie innerhalb eines Monats nach Eingang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, die Versicherung der Gold-Service-Leistungen in Textform kündigen. Der Versicherungsvertrag im Übrigen bleibt von dieser Kündigung unberührt.

4 Information nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen

Informationen zum Versicherer (Nr. 1-3)

1. Identität des Versicherers

Continentale Sachversicherung AG
Continentale-Allee 1, 44269 Dortmund

Sitz der Gesellschaft: Dortmund
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2783

2. Ladungsfähige Anschrift

Continentale Sachversicherung AG
Continentale-Allee 1, 44269 Dortmund

Vorstand: Dr. Gerhard Schmitz (Vorsitzender),
Marcus Lauer, Dr. Thomas Niemöller,
Alf N. Schlegel, Jürgen Wörner
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Christoph Helmich

3. Hauptgeschäftstätigkeit und Aufsichtsbehörde

– Die Hauptgeschäftstätigkeit ist das Betreiben des Erstversicherungsgeschäfts in allen Sparten der Privatversicherung mit Ausnahme der Lebens-, Kranken- und Kreditversicherung.
– Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) Bereich Versicherungen
  Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn
  Telefon: 0800 2 100 500
  E-Mail: poststelle@bafin.de
  Internet: https://www.bafin.de

Informationen zur angebotenen Leistung (Nr. 4-8)

4. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

a) Versicherungsbedingungen sowie anwendbares Recht

Es gelten die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale) und – soweit ausdrücklich vereinbart – die weiteren Besonderen (bzw. Zusatz-) Bedingungen.

Auf die vorvertragliche Beziehung und den Vertrag findet ausschließlich deutsches Recht Anwendung.

b) Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung des Versicherers

Wir leisten im Versicherungsfall eine Geldleistung. Vereinbarte Hilfsleistungen (Hilfs-Service) erbringen wir über eine von uns beauftragte qualifizierte Hilfsdienstorganisation in ganz Deutschland (siehe im Einzelnen die Besonderen Bedingungen von Hilfsleistungen in der Unfallversicherung (Hilfs-Service)).

Bei vereinbarten Reha-Leistungen (Reha-Service) kann die versicherte Person bei Vorliegen der Voraussetzungen die Reha-Leistungen unseres medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Reintegrationsdienstes in Anspruch nehmen (siehe im Einzelnen die Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Reha-Leistungen in der Unfallversicherung (Reha-Service)).

Der Umfang der Leistung ergibt sich aus den mit uns vereinbarten und in dem Versicherungsschein dokumentierten Leistungsarten bzw. Versicherungssummen. In dem Versicherungsschein sind die für die jeweilige Leistungsart geltenden Versicherungsbedingungen genannt.

Liegen uns die Unterlagen zum Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen vor, sind wir verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch und der Unfallrente innerhalb von drei Monaten – zu erklären, ob wir einen Anspruch anerkennen. Erkennen wir den Anspruch an oder wird eine Einigung über Grund und Höhe der Leistung getroffen, müssen wir innerhalb von zwei Wochen leisten. Die Einzelheiten zur Fälligkeit der Leistungen sind in Ziffer 9 der AUB 2020 XL der Continentale geregelt.

Bei vereinbarten Hilfsleistungen (Hilfs-Service) haben Sie uns schlüssig den Unfallhergang, die Unfallfolgen und die Hilfsbedürftigkeit durch den Unfall darzulegen. Wir stellen dann unverzüglich den individuellen Bedarf an Hilfsleistungen im Sinne der Bedingungen fest und erklären, ob und welche Hilfsleistungen erbracht werden (siehe im Einzelnen Ziffer 7 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen in der Unfallversicherung (Hilfs-Service)).

5. Gesamtpreis der Versicherung

Der Gesamtbeitrag in Euro gemäß Zahlungsperiode inkl. Nachlässe und Versicherungssteuer ist dem Antrag zu entnehmen.

6. Zusätzlich anfallende Kosten

Gebühren und Kosten für die Aufnahme des Antrags oder aus anderen Gründen werden nicht erhoben bzw. in Rechnung gestellt – außer Mahngebühren sowie den Kosten bei Nichteinlösung im Rahmen eines Lastschriftverfahrens.

7. Einzelheiten der Zahlung

Der erste oder einmalige Beitrag ist rechtzeitig, d.h. innerhalb von 14 Tagen nach der Aufforderung des Versicherers, zu zahlen, damit der Versicherungsschutz zu dem vereinbarten Zeitpunkt beginnt. Dies gilt unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufrechts.

Zahlen Sie nicht rechtzeitig nach dem in Absatz 1 bestimmten Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt zu dem die Zahlung veranlasst wurde.

Weicht der Versicherungsschein von dem von Ihnen gestellten Antrag oder getroffenen Vereinbarungen ab, ist der erste oder einmalige Beitrag frühestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

Die Beiträge sind monatlich zu zahlen. Bei anderen Zahlungsperioden wird ein Nachlass gewährt. Dieser beträgt bei vierteljährlicher Zahlungsperiode 3 Prozent, bei halbjährlicher Zahlungsperiode 5 Prozent und bei jährlicher Zahlungsperiode 10 Prozent.

Eine monatliche Zahlungsperiode ist nur im Rahmen eines Lastschriftverfahrens möglich.

8. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die Gültigkeitsdauer der Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen ist, vorbehaltlich zukünftiger Gesetzes- oder Tarifänderungen, nicht befristet.

Informationen zum Vertrag (Nr. 9-15)

9. Zustandekommen des Vertrags/Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn der Versicherungsschein übermittelt oder angeboten wird oder wir schriftlich die Annahme des Antrags erklären.

Zahlen Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig nach den in Nr. 7 Absatz 1 und 2 bestimmten Zeitpunkten, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

10. Widerrufsrecht

Die Regelungen zum Widerrufsrecht sind dem Beiblatt „Widerrufsbelehrung und Datenschutzhinweise“ (SHUR.6e.1578) oder dem Versicherungsschein zu entnehmen.

11. Laufzeit des Vertrags

Die Laufzeit des Vertrags (Versicherungsbeginn und -ablauf) ergibt sich aus dem Antrag.

Nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer verlängert sich der Vertrag jeweils um 1 Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der jeweiligen Versicherungsdauer eine Kündigung zugegangen ist.

Der Vertrag kann bei einer Vertragslaufzeit von mehr als drei Jahren zum Ablauf des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten von Ihnen gekündigt werden.

Die Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

12. Beendigung des Vertrags

Unter den nachfolgend genannten Ziffern der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen XL (AUB 2020 XL der Continentale) finden Sie die wesentlichen Regelungen zur Beendigung/zu den Kündigungsmöglichkeiten des Vertrags:

Ziffer 10.2 – Dauer und Ende des Vertrags (Beendigung ohne Kündigung bei Vertragsdauer von weniger als einem Jahr/stillschweigende Verlängerung bzw. Kündigung bei längerer Vertragsdauer)

Ziffer 10.3 – Kündigung nach Versicherungsfall

Ziffer 11.2.3 – Rücktritt des Versicherers bei nicht rechtzeitiger Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrags

Ziffer 11.3.4 – Kündigung des Versicherers bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Folgebeitrags

Ziffer 13.2.1/ 13.2.2/13.3 – Rücktritt/Kündigung des Versicherers bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

13. Anwendbares ausländisches Recht (EU-Mitgliedsstaaten) für vorvertragliche Beziehungen

entfällt

14. Besondere Vereinbarung zum anwendbaren Recht bzw. zum zuständigen Gericht

Es bleibt bei der Regelung nach Ziffer 18 der AUB 2020 XL der Continentale, wonach für den Vertrag ausschließlich deutsches Recht gilt.

Die Vereinbarungen zum Gerichtsstand finden Sie in Ziffer 16 der AUB 2020 XL der Continentale.

15. Sprache

Für den Vertrag einschließlich Vertragsinformation und für die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrags kommt die deutsche Sprache zur Anwendung.

Informationen zum Rechtsweg (Nr. 16-17)

16. Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Unser Versicherungsunternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. Wir haben uns verpflichtet, an diesem Schlichtungsverfahren teilzunehmen. Sie können deshalb das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen, sofern Sie einmal mit uns nicht zufrieden sein sollten.

Sie können sich mündlich oder in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) an den Versicherungsombudsmann e. V. wenden. Die Kontaktdaten lauten:

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

Tel.: 0800 3696000

Fax: 0800 3699000

http://www.versicherungsombudsmann.de

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Der Versicherungsombudsmann e. V. ist für folgende Beschwerden u. a. nicht zuständig:

– Der Beschwerdewert übersteigt 100.000 EUR.
– Es sind bereits Verfahren/Beschwerden vor einem Gericht, Schiedsgericht, dem Versicherungsombudsmann e. V. selbst oder anderen Streitschlichtungseinrichtungen oder der Versicherungsaufsichtsbehörde anhängig.

Bei einem Beschwerdewert bis zu 10.000 EUR ist eine Entscheidung des Ombudsmanns für uns als Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. bindend. Für den Beschwerdeführer ist die Entscheidung nicht bindend.

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten bleibt hiervon unberührt.

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter

http://www.versicherungsombudsmann.de

17. Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde

Sofern Sie Anlass zu einer Beschwerde haben, können Sie diese auch mündlich oder in Textform (z. B. E-Mail oder Brief) an die unter Nr. 3 genannte Aufsichtsbehörde richten.